

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SANDRA MARA MARIN

**COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS PARA ATUAÇÃO EM DESASTRES:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

**Porto Alegre
2017**

SANDRA MARA MARIN

**COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS PARA ATUAÇÃO EM DESASTRES:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Porto Alegre
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Marin, Sandra Mara

Competências dos enfermeiros para atuação em desastres:
construção e validação de um instrumento de avaliação / Sandra Mara
Marin. - 2017.

137f.

Orientadora: Dra. Regina Rigatto Witt

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Porto alegre, BR-RS, 2017.

1. Enfermagem. 2. Desastres. 3. Competências. 4. Atendimento. 5.
Hospitalar. I. Witt, Regina Rigatto, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da
UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

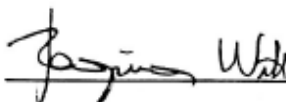
SANDRA MARA MARIN

**Competências de Enfermeiros para atuação em desastres: construção e
validação de um instrumento**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA



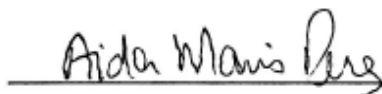
Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Aida Maris Peres

Membro – UFPR



Dra. Rosane Mortari Ciconet

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Tereza e Antônio, pelo amor, carinho e doação. Muito obrigada pelo incentivo ao estudo desde muito cedo e por comemorarem comigo cada conquista alcançada.

Agradeço aos meus filhos Pedro e Júlia que sempre estiveram ao meu lado mesmo nas ausências para trabalho e estudos.

Aos amigos e familiares pelo incentivo constante e pela compreensão da minha ausência em diversos momentos durante minha formação.

Ao meu companheiro Minoro, pelo amor, carinho e compreensão. Obrigada por incentivar e apoiar minha opção de desenvolvimento profissional.

À Prof^a Dr^a Regina Rigatto Witt, minha querida orientadora, pela oportunidade confiada, pelos conhecimentos ensinados e pela experiência compartilhada, fundamentais para o desenvolvimento deste estudo e de vida. Obrigada pelo constante incentivo, carinho e compreensão durante a trajetória. Considero-a minha inspiração para sempre buscar ser melhor, com ética, sabedoria e dedicação. A ela dedico grande admiração.

Às professoras Dra. Daiane Dalpai, Dra. Rosana Mortari Ciconet e Dra. Aida Maris Peres por aceitarem compor a banca examinadora desta tese e pelas contribuições para aprimorá-la.

Aos colegas e acadêmicos da UDESC pelo apoio a mim dispensado nesta caminhada.

Aos enfermeiros do Serviço Móvel de Urgência SAMU de Santa Catarina e Rio Grande do Sul pela generosidade e informações prestadas e por disponibilizarem seu tempo para participarem desta pesquisa. Agradeço também aos coordenadores do SAMU- RS e SC pela confiança em apoiar este estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS pelos momentos de aprendizagem.

Aos colegas do PPGENF, pelos momentos de convivência e aprendizagem. Agradeço, em especial, minhas amigas Andréia, Robriane, Walnice, Portiguara e Carla, pelo apoio constante e companheirismo.

Aos colegas do GEASDEM- Grupo de Estudo de Atenção à Saúde em Desastres e Eventos de Massa, pelas discussões e pelo trabalho em parceria no período de realização desta pesquisa.

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”

CORA CORALINA

RESUMO

MARIN, S. M. **Competências dos enfermeiros para atuação em desastres:** construção e validação de um instrumento de avaliação. 2017. 141 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Introdução: Os desastres demandam a atuação de equipes de várias instâncias com preparo e qualificação. Os enfermeiros participam das equipes de saúde na resposta aos desastres. Referenciais de competências têm sido recomendados para a formação e avaliação dos enfermeiros, porém existe uma lacuna em relação a instrumentos validados para essa finalidade. **Objetivo:** Construir e validar um instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres. **Método:** Foi desenvolvido um estudo metodológico. O estudo foi desenvolvido em duas Etapas: I- verificação de validade de conteúdo e aparência e II- verificação de aplicabilidade e confiabilidade com teste-reteste do instrumento. Participaram da Etapa I, 8 experts em atenção às emergências e desastres no Brasil, selecionados a partir de busca na consulta ao curriculum vitae da Plataforma Lattes (CNPq). Na etapa II participaram 326 enfermeiros atuantes do Serviço Atendimento Móvel de Urgência do Rio Grande do Sul e Santa Catarina e para o reteste 21 enfermeiros. As competências iniciais para a construção do instrumento foram extraídas do ICN Framework of Disaster Nursing Competencies International Council, do Conselho internacional de Enfermagem e pela Organização Mundial de Saúde. Os itens que compuseram o instrumento foram as 51 competências da fase de resposta distribuídas em 4 domínios: Cuidados à Comunidade 11 competências; Cuidados do indivíduo e família na Avaliação e Implementação 25 competências; Atendimento Psicológico 9 competências e Cuidados de populações vulneráveis 6 competências. Para validação de aparência e conteúdo, a abordagem qualitativa permitiu análise descritiva das opiniões dos juízes-especialistas. Na etapa I, foram utilizadas o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA), considerados válidos a partir de 80% de concordância entre os avaliadores. Na etapa II, para avaliação das competências foi utilizada uma escala de Likert com valores 0- leigo, 1- novato, 2- aprendiz, 3- competente, 4- proficiente. Os enfermeiros se avaliaram como aprendizes e competentes, ou seja, com algum conhecimento e experiência ou com o conhecimento e experiência necessários para as competências descritas. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. Os testes realizados para verificar as propriedades psicométricas do instrumento foram o coeficiente alfa de Cronbach; aplicabilidade e confiabilidade teste-reteste com o uso do teste t para amostras emparelhadas e coeficiente de correlação intraclasse; validade fatorial através da análise fatorial com rotação Varimax e extração dos fatores por componentes principais. Essas associações foram avaliadas pelos testes t-student e Análise de Variância (ANOVA) one-way complementada pelo teste de Tukey. A análise estatística foi realizada utilizando-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0 e o nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Das 51 competências analisadas pelos juízes na primeira rodada, 26 foram validadas, quatro foram excluídas, uma recebeu sugestões para modificação e uma foi acrescentada. Na segunda rodada, das 23 competências, 15 obtiveram validação e 8 foram excluídas, permanecendo o instrumento com 41 competências distribuídas em 4 domínios. Na etapa de aplicabilidade e confiabilidade pela Análise Fatorial, as competências foram analisadas em conjunto com as dimensões definidas pelos enfermeiros especialistas, verificando correlações e simetrias que geraram 3 fatores ao invés dos 4 previamente propostos. Os valores de alfa de Cronbach para os 3 fatores foram de ($\alpha > 0,92$) e para o instrumento de

0,96, representando uma boa consistência interna. Na confiabilidade na forma de reteste não houve diferença significativa entre os escores no teste e reteste. Os valores do coeficiente de correlação intraclasse foram superiores a 0,7, demonstrando boas confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento. **Conclusão:** O instrumento mostrou-se com boa consistência interna na validade fatorial e apresentou adequada reprodutibilidade no teste-reteste. Se apresenta com apropriada aplicabilidade para medir o que se propõe, ou seja, avaliar as competências dos enfermeiros em desastres. Recomenda-se a articulação de ações que verifiquem se as competências dos enfermeiros em desastre são aceitas e adaptadas universalmente para cada realidade, a fim de contemplar todas as necessidades das populações afetadas. A utilização do instrumento é um ponto de partida para avaliar o nível de formação dos profissionais que atuam em serviços de emergências para enfrentamento de desastres. Capacitar essas equipes a partir das necessidades observadas pelos resultados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação, servirá para obter indicadores para a base de formação desses profissionais. Observa-se que cada equipe de enfermeiros possui proficiências e exigências diferenciadas. Isso é influenciado por vários fatores como: grau de formação, experiência profissional, atuação em eventos de emergências e desastres entre outros. A partir dos resultados obtidos por meio da aplicação do instrumento de avaliação, será possível realizar diversas atividades e direcionamentos para esses profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem. Desastres. Competências profissionais. Avaliação.

ABSTRACT

MARIN, S. M. **Competencies of nurses for disaster management:** construction and validation of an evaluation instrument. 2017. 136 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Introduction: Disasters require the performance of teams from various instances with training and qualification. Nurses participate in health teams in response to disasters. Competence references have been recommended for the training and evaluation of nurses, but there is a gap in relation to instruments validated for this purpose. **Objective:** To construct and validate an instrument to evaluate nurses' competences for disaster care. **Method:** A methodological study was developed. The study was developed in two stages: I- validity of content and appearance verification and II- verification of applicability and reliability with test-retest of the instrument. Participated in Stage I, 8 experts in attention to emergencies and disasters in Brazil, selected from the search in the curriculum vitae of the Lattes Platform (CNPq). In stage II, 326 nurses from the Emergency Mobile Care Service of Rio Grande do Sul and Santa Catarina participated and 21 nurses were recruited. The initial competencies for the construction of the instrument were extracted from the ICN Framework of Discipline Nursing Competencies International Council, the International Council of Nursing and the World Health Organization. The items that comprised the instrument were the 51 competencies of the response phase distributed in 4 domains: Community Care 11 skills; Care of the individual and family in the Assessment and Implementation 25 competencies; Psychological Assistance 9 competences and Care of vulnerable populations 6 competencies. For the validation of appearance and content, the qualitative approach allowed a descriptive analysis of the opinions of the expert judges. In stage I, the Content Validity Index (IVC) and Interests Reliability Index (IRA) were used, considered valid from 80% of agreement among the evaluators. In step II, a Likert scale was used to evaluate competences using 0-lay, 1-novato, 2-apprentice, 3-competent, 4-proficient. Nurses have evaluated themselves as learners and competent, that is, with some knowledge and experience or with the knowledge and experience necessary for the skills described. Quantitative variables were described by mean and standard deviation or interquartile range and median. The tests performed to verify the psychometric properties of the instrument were the Cronbach alpha coefficient; applicability and test-retest reliability with the use of t test for paired samples and intraclass correlation coefficient; factorial validity through the factorial analysis with Varimax rotation and extraction of the factors by main components. These associations were evaluated by t-student tests and Analysis of Variance (ANOVA) one-way complemented by Tukey's test. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0 and the significance level adopted was 5%. Results: Of the 51 competencies analyzed by the judges in the first round, 26 were validated, four were excluded, one received suggestions for modification and one was added. In the second round, of the 23 competencies, 15 were validated and 8 were excluded, remaining the instrument with 41 competencies distributed in 4 domains. In the reliability applicability step by Factor Analysis, the competencies were analyzed together with the dimensions defined by the specialist nurses, verifying correlations and symmetries that generated 3 factors instead of 4 previously proposed. Cronbach's alpha values for the 3 factors were ($\alpha > 0.92$) and for the instrument of 0.96, representing a good internal consistency. In the reliability of the retest, there was no significant difference between the test and retest scores. The values of the intraclass correlation coefficient were higher than 0.7, showing good reliability and reproducibility of the instrument. **Conclusion:** The instrument showed good internal consistency in the factorial validity and presented adequate reproducibility in the test-retest. It presents with appropriate

applicability to measure what is proposed, that is, to evaluate the competencies of nurses in disasters. It is recommended the articulation of actions that verify if the competencies of the nurses in disaster are accepted and adapted universally for each reality, in order to contemplate all the needs of the populations affected. The use of the instrument is a starting point for assessing the level of training of professionals working in emergency services to deal with disasters. To train these teams from the needs observed by the results obtained with the application of the evaluation instrument, will serve to obtain indicators for the training base of these professionals. It is observed that each team of nurses has different proficiencies and requirements. This is influenced by several factors such as: degree of training, professional experience, acting in emergencies and disasters among others. From the results obtained through the application of the evaluation instrument, it will be possible to carry out several activities and directives for these professionals.

Keywords: Nursing. Disasters. Professional skills. Evaluation.

RESUMEN

MARIN, S. M. **Competencias de los enfermeros para la actuación en desastres:** construcción y validación de un instrumento de evaluación. 2017. 136 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Introducción: Los desastres demandan la actuación de equipos de varias instancias con preparación y calificación. Los enfermeros participan en los equipos de salud en la respuesta a los desastres. Se han recomendado referencias de competencias para la formación y evaluación de los enfermeros, pero existe una laguna en relación con instrumentos validados para este propósito. **Objetivo:** Construir y validar un instrumento de evaluación de competencias de los enfermeros para la atención en desastres. **Método:** Se ha desarrollado un estudio metodológico. El estudio fue desarrollado en dos etapas: I- verificación de validez de contenido y apariencia y II- verificación de aplicabilidad y confiabilidad con prueba-reteste del instrumento. Participaron de la Etapa I, 8 expertos en atención a las emergencias y desastres en Brasil, seleccionados a partir de la búsqueda en la consulta al currículum vitae de la Plataforma Lattes (CNPq). En la etapa II participaron 326 enfermeros actuantes del Servicio de Atención Mueble de Urgencia de Rio Grande do Sul y Santa Catarina y para el reteste 21 enfermeros. Las competencias iniciales para la construcción del instrumento fueron extraídas del ICN Framework of Disaster Nursing Competencies International Council, del Consejo internacional de Enfermería y por la Organización Mundial de la Salud. Los ítems que compusieron el instrumento fueron las 51 competencias de la fase de respuesta distribuidas en 4 dominios : Cuidados a la Comunidad 11 competencias; Cuidados del individuo y la familia en la evaluación e implementación 25 competencias; Atención Psicológica 9 competencias y Cuidados de poblaciones vulnerables 6 competencias. Para la validación de apariencia y contenido, el enfoque cualitativo permitió el análisis descriptivo de las opiniones de los jueces especialistas. En el paso I, se utilizó el Índice de Validez de Contenido (IVC) y el Índice de confianza o concordancia Inter Evaluadores (IRA), considerados válidos a partir del 80% de concordancia entre los evaluadores. En la etapa II, para la evaluación de las competencias se utilizó una escala de Likert con valores 0-laico, 1-novato, 2- aprendiz, 3-competente, 4-pericial. Los enfermeros se evaluaron como aprendices y competentes, es decir, con algún conocimiento y experiencia o con el conocimiento y experiencia necesarios para las competencias descritas. Las variables cuantitativas se describieron por media y desviación estándar o mediana y amplitud intercuartílica. Las pruebas realizadas para verificar las propiedades psicométricas del instrumento fueron el coeficiente alfa de Cronbach; aplicabilidad y confiabilidad test-reteste con el uso del test t para muestras emparejadas y coeficiente de correlación intraclase; validez factorial a través del análisis factorial con rotación Varimax y extracción de los factores por componentes principales. Estas asociaciones fueron evaluadas por las pruebas t-student y Análisis de Varianza (ANOVA) una forma complementada por la prueba de Tukey. El análisis estadístico se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0 y el nivel de significancia adoptado fue del 5%. **Resultados:** De las 51 competencias analizadas por los jueces en la primera ronda, 26 fueron validadas, cuatro fueron excluidas, una recibió sugerencias para modificación y una fue añadida. En la segunda ronda, de las 23 competencias, 15 obtuvieron validación y 8 fueron excluidas, permaneciendo el instrumento con 41 competencias distribuidas en 4 dominios. En la etapa de aplicabilidad de confiabilidad por el análisis factorial, las competencias fueron analizadas en conjunto con las dimensiones definidas por los

enfermeros especialistas, verificando correlaciones y simetrías que generaron 3 factores en lugar de los 4 previamente propuestos. Los valores de alfa de Cronbach para los 3 factores fueron de ($\alpha > 0,92$) y para el instrumento de 0,96, representando una buena consistencia interna. En la confiabilidad en la forma de reteste no hubo diferencia significativa entre los puntajes en la prueba y reteste. Los valores del coeficiente de correlación intraclase fueron superiores a 0,7, demostrando buena confiabilidad y reproducibilidad del instrumento.

Conclusión: El instrumento se mostró con buena consistencia interna en la validez factorial y presentó adecuada reproducibilidad en el test-reteste. Se presenta con apropiada aplicabilidad para medir lo que se propone, o sea, evaluar las competencias de los enfermeros en desastres. Se recomienda la articulación de acciones que verifiquen si las competencias de los enfermeros en desastre son aceptadas y adaptadas universalmente para cada realidad, a fin de contemplar todas las necesidades de las poblaciones afectadas. La utilización del instrumento es un punto de partida para evaluar el nivel de formación de los profesionales que actúan en servicios de emergencias para enfrentar los desastres. Capacitar a estos equipos a partir de las necesidades observadas por los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de evaluación, servirá para obtener indicadores para la base de formación de estos profesionales. Se observa que cada equipo de enfermeros posee competencias y exigencias diferenciadas. Esto es influenciado por varios factores como: grado de formación, experiencia profesional, actuación en eventos de emergencias y desastres entre otros. A partir de los resultados obtenidos por medio de la aplicación del instrumento de evaluación, será posible realizar diversas actividades y direccionamientos para esos profesionales.

Palabras clave: Enfermería. Desastres. Competencias profesionales. Evaluación.

FIGURAS

Figura 1 - Médias de comparação entre os domínios do instrumento. Porto Alegre, 201772

FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1. Resultados da Validação de Conteúdo da primeira rodada. Porto Alegre, 2017.....	63
Fluxograma 2. Resultados da Validação de Conteúdo da segunda rodada. Porto Alegre, 2017.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura e desenvolvimento da coleta de dados para Validação de Conteúdo e Aparência do Instrumento de Avaliação Porto Alegre, 2017.....	47
Quadro 2 - Competências, que sofreram mudança, segundo as sugestões dos juízes. Domínio Cuidado do Indivíduo e Família- Avaliação. Porto Alegre, 2017.....	58
Quadro 3- Competências, que sofreram mudanças, segundo as sugestões dos juízes. Domínio Cuidado do Indivíduo e Família- implementação. Porto Alegre, 2017.....	60
Quadro 4 - Competências, que sofreram mudanças, segundo as sugestões dos juízes. Domínio Atendimento Psicológico. Porto Alegre, 2017.	61
Quadro 5- Competências acrescentada segundo as sugestões dos juízes. Domínio Atendimento Psicológico. Porto Alegre, 2017.....	62
Quadro 6 - Competências, que sofreram mudanças, segundo as sugestões dos juízes. Domínio Atendimento Psicológico. Porto Alegre, 2017. ...	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Competências com Índice de Validade de Conteúdo de no mínimo de 80% em todos os seus quesitos avaliados na primeira rodada. Porto Alegre, 2017.....	55
Tabela 2- Competências excluídas por IVC inferior a 75% em todos os quesitos. Porto Alegre, 2017	56
Tabela 3- Competências para reavaliação com Índice de Validade de Conteúdo mínimo de 75% em alguns dos quesitos Porto Alegre, 2017.....	57
Tabela 4 - Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA) na primeira rodada. Porto Alegre, 2017.....	59
Tabela 5- Domínios que obtiveram em alguns dos seus quesitos da Validação de Aparência valor inferior a 80%. Porto Alegre, 2017	59
Tabela 6 - Competências com Índice de Validade de Conteúdo de no mínimo de 80% em todos os seus quesitos. Porto Alegre, 2017	64
Tabela 7 - Competências com IVC inferior a 80% em todos os quesitos. Porto Alegre, 2017.....	65
Tabela 8 - Competências com Índice de Validade de Conteúdo com IVC inferior de 80% em alguns de seus quesitos. Porto Alegre, 2017	65
Tabela 9 - Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA). Porto Alegre, 2017	66
Tabela 10 - Distribuição da amostra de profissionais enfermeiros do SAMU RS e SC, segundo características sociodemográficas e laborais. Porto Alegre 2017.....	69
Tabela 11 - Distribuição dos resultados da Análise Fatorial em três novos domínios. Porto Alegre 2017.	70
Tabela 12 - Associação entre as variáveis relacionadas ao tempo e experiência profissional com os domínios do instrumento Porto Alegre, 2017	73
Tabela 13 - Distribuição do resultado da Análise Teste e Reteste (n=21) Porto Alegre, 2017.....	75
Tabela 14 - Distribuição do resultado da Análise Teste – Reteste (n=21). Porto Alegre, 2017.....	76
Tabela 15 - Distribuição do resultado da Análise Teste – Reteste (n=21). Porto Alegre, 2017.....	77

LISTA DE SIGLAS

APH - Atendimentos Pré Hospitalar

APH - Política Nacional de Humanização

CENAD - Centro Nacional de Gerenciamento de Risco e Desastres

CENADEM - Centro Nacional de Monitoramento e Alerta de Desastres Nacionais

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COMDEC - Coordenadorias Municipais de Defesa Civil

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

CRED - Center for research on the epidemiology of Desasters

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

EM-DAT - Banco de Dados de Emergência Eventos

IA- Instrumento de Avaliação

ICC-Coefficiente de correlação intraclasse (ICC);

IVC- Índice de Validade de Conteúdo

IRA- Índice de Concordância Inter Avaliadores

ICN - International Council of Nurses

ISDR - Estratégia Internacional para Redução de Desastres

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PHTLS - Prehospital Trauma Life Support

SAMU - Serviço Atendimento Móvel de Urgência

SE - Situação de Emergência

SINDEC - Sistema Nacional de Defesa Civil

START - Simple Triage and Rapid Treatment

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	28
3.1 A problemática dos desastres: políticas internacionais de enfrentamento	28
3.2 Políticas Públicas e Programas para os Desastres no Brasil.....	31
3.3 Competências Profissionais e em Situação de Desastres	34
3.4 Avaliação por Competências	40
4 PERCURSO METODOLÓGICO	44
4.1 Tipo de estudo	44
4.2 Contexto do estudo	44
4.3 Procedimentos de Construção e Validação do Instrumento de Avaliação.....	46
4.3.1. Etapa 1	46
4.3.2. Etapa 2	50
4.4 Aspectos Éticos	52
5 RESULTADOS	54
5.1 Etapa 1 - Verificação de validade de conteúdo e aparência	54
5.2.1 Primeira Rodada	54
5.2.2 Segunda Rodada.....	63
6.2 Etapa 2 - Aplicabilidade e Confiabilidade do Instrumento de Avaliação	68
6.2.2 Confiabilidade na forma de Reteste do Instrumento de Avaliação	74
7 DISCUSSÃO	81
8 CONCLUSÕES.....	96
8.1 Implicações para a prática, políticas de saúde e futuras pesquisas.....	98
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES.....	109
Apêndice A – Carta convite.....	109
Apêndice B - Procedimento de análise do pesquisador.....	113
Apêndice C – Carta convite SAMU	115
Apêndice D - Termo de consentimento livre esclarecido.....	118

Apêndice E - Avaliação das competências por Juízes.....	120
Apêndice F - Análise da primeira rodada.....	122
Apêndice G - Análise da segunda rodada.....	125
Apêndice H - Instrumento de avaliação das competências dos enfermeiros.....	127
ANEXOS.....	131
Anexo A - Autorização SAMU RS	132
Anexo B- Autorização SAMU SC	132

1 INTRODUÇÃO

Os desastres se configuram em situações de complexidade e imprevisibilidade que demandam a atuação de equipes de várias instâncias com preparo e qualificação para o trabalho de atendimento às vítimas, recuperação do meio ambiente e restabelecimento das condições de vida. Na resposta aos desastres, o profissional enfermeiro integra a equipe de saúde. Desse profissional espera-se capacidade de mobilização de saberes para a resolução dos problemas, enfrentamento da demanda, apoio ao trabalho das equipes e atendimento às vítimas.

A fim de garantir um desempenho adequado dos profissionais em situações de desastres, referenciais de competências têm sido utilizados para a sua formação e avaliação. Esta pesquisa trata da construção e validação de um instrumento para avaliação de competências do enfermeiro relacionadas à fase de resposta aos desastres, momento crucial da assistência do enfermeiro para atendimento as pessoas que demandam de cuidados imediatos e críticos relacionados à estabilização e com tratamento adequado conforme o dano sofrido.

Embora seja mais previsível em algumas regiões do que em outras, um desastre pode ocorrer em qualquer lugar a qualquer momento, o que significa que a ameaça de desastre existe para todos e nenhuma comunidade está isenta. A maioria dos fatores causais e a gama de consequências que se seguem tornam cada desastre único e, portanto, difícil de se preparar e complexo para gerenciar (HAMMAD, 2016).

Para esta tese foi adotado o conceito de desastres para o qual estes são resultados de eventos adversos, naturais, tecnológicos ou de origem antrópica, sobre um cenário vulnerável exposto a ameaça, causando danos humanos, materiais ou ambientais, e consequentes prejuízos econômicos e sociais (BRASIL, 2016.)

No mundo, as situações de desastres causam grande número de vítimas, feridos e danos em geral para a comunidade e sociedade. Desse modo, é possível identificar diferentes zonas de risco referentes aos desastres naturais ou tecnológicos, provocando danos humanos, ambientais e econômicos às comunidades afetadas e à sociedade como um todo (OPAS, 2008). Um exemplo foi as enchentes ocorridas em novembro de 2008, uma tragédia que assolou grande parte do território catarinense, deixando 135 mortos e 2 desaparecidos (FERREIRA, 2012).

Segundo duas bases de dados internacionais, a *Emergency Events Database* (EM-DAT) e o *Epidemiology of Disasters* e *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters* (CRED), foram registrados em todo mundo 324 desastres naturais em 2014. Entre todos os

continentes, a Ásia foi o mais atingido (44,4%), seguido pelas Américas (23,5%), Europa (16,7%), África (12,0%) e Oceania (3,4%). No mundo, o número de vítimas dos desastres naturais em 2014 (32,2 milhões) foi três vezes maior se comparado à média anual de 2003-2013. Esse aumento deve-se essencialmente à seca que afetou 27 milhões de pessoas no Brasil nos primeiros meses do ano. Além disso, as inundações resultaram em vítimas de enchentes no Brasil (500.000), Paraguai (231.000), Bolívia (185.000), e demais países da América (100.000), (CRED, 2014).

No Brasil, os tipos de desastres naturais mais calamitosos são a seca e estiagem e também o movimento de massa e inundações bruscas. A seca e estiagem pelo número de afetados. O movimento de massa e inundações bruscas, devido ao número de mortos. Entre 2013 e 2014 foram registrados 36 desastres provocados por enchentes, estiagens e deslizamentos de terra que, juntos, afetaram mais de 1,5 milhões de pessoas e geraram prejuízos da ordem de US\$ 2,5 bilhões. Alguns estados da Região Nordeste, em 2013, tiveram o pior período de estiagem dos últimos 50 anos. Segundo o Governo Federal, 75% dos municípios nordestinos decretaram situação de emergência. Em 2014, São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro registraram as temperaturas mais elevadas dos últimos 70 anos e a região Amazônica sofreu uma das maiores inundações dos últimos anos (OPAS, 2014).

Em situações como essas, temporais, chuvas intensas, tornados ou estiagens severas, entre outros, podem tornar mais frequente a possibilidade de incidência de desastres naturais. Esses eventos extremos, ocorridos nos últimos cinco anos no Brasil, geraram recordes de impactos sobre a população, desabrigando milhares e levando a óbito centenas de pessoas. Por causa desses eventos diversos segmentos sociais, acadêmicos e de governo foram mobilizados. (BRASIL/CEPED/SC, 2010). A região com maior proporção de mortos é o Sudeste, em parte devido à alta densidade demográfica. As áreas que abrangem a maior recorrência de desastres são o Estado de Santa Catarina, o sudoeste do Rio Grande do Sul, o Estado do Espírito Santo, o norte do Rio de Janeiro, o norte de Minas Gerais, a região nordeste e o oeste do Estado do Pará. Já a Região Centro-Oeste do país é a que apresenta menor frequência de desastres (BRASIL, 2014a).

Uma vez que o perigo de ocorrer determinado desastre natural em geral já é conhecido e, muitas vezes inevitável, o objetivo é minimizar a exposição ao perigo por meio do desenvolvimento de capacidades individuais, institucionais e da coletividade, que possam contrapor-se aos perigos e aos danos (EIRD/ONU, 2004)

Para a saúde pública, os desastres têm se constituído em importante desafio, pelos danos humanos materializados em mortes, lesões ou enfermidades que podem exceder a capacidade de resposta dos serviços locais de saúde, comprometendo o seu adequado funcionamento, com graves consequências em curto, médio e longo prazo (SOBRAL et al., 2010). Esses eventos causam grandes comoções sociais, levando a perdas humanas e criando demanda súbita por profissionais de saúde e equipamentos de salvamento e resgate. (CANETTI et al., 2012).

A intensidade de um desastre, sua magnitude, eventos adversos causados e a vulnerabilidade do meio onde ele ocorrer, aumenta a demanda nas redes de atendimento às urgências e emergências. Uma vez que essas redes estão estruturadas para atender determinada clientela, há necessidade de readequação súbita para garantir o atendimento integral às vítimas com ações pontuais. Dessa forma, estar preparado para o atendimento às vítimas nas situações de imprevisibilidade torna-se fator essencial para a minimização dos danos causados em decorrência de um desastre.

No Brasil, o processo de gestão de risco e gerenciamento de desastres é de responsabilidade da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, que prevê as seguintes ações distintas e inter-relacionadas: Prevenção; Mitigação; Preparação; Resposta; Recuperação. Essas ações ocorrem de forma multissetorial nos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2014b).

O gerenciamento de desastres contempla a organização e gestão de recursos e responsabilidades para o manejo de emergências quando o desastre se concretiza. Essa etapa, também denominada como gestão de emergência ou gestão de desastres, inclui planos, estruturas e acordos que permitem coordenar os esforços do governo e de entidades voluntárias para responder às necessidades associadas às emergências (EIRD/ONU, 2009).

A gestão dos desastres inicia-se antes de sua ocorrência e deve englobar pelo menos três etapas: a prevenção da situação crítica, o enfrentamento do desastre, a reconstrução do ambiente atingido. A prevenção da situação crítica inclui a avaliação dos riscos (análise detalhada das ameaças, conhecimento do grau de vulnerabilidade do ecossistema e da população que pode ser potencialmente afetada), a adoção de medidas que permitam reduzir os riscos concretamente identificados e otimizar a resposta aos desastres, caso eles ocorram. O enfrentamento abrange a implementação de um sistema para avaliar o impacto do desastre, dar assistência às pessoas ou comunidades vitimadas (resgatar pessoas ou propiciar seu tratamento no caso de epidemias). A reconstrução do ambiente atingido visa devolver a ele suas condições plenas de

funcionamento com o restabelecimento dos serviços públicos e do ecossistema, realocação de pessoas que perderam suas moradias e isolamento das áreas de risco (BUENO, 2013).

Na ocorrência de um desastre, são definidas para os serviços de saúde, funções com conjunto de valores, normas, instituições e atores, que desenvolvem atividades de produção, distribuição e consumo de bens e serviços, cujos objetivos principais ou exclusivos são promover a saúde de indivíduos ou grupos de população. As atividades que essas instituições e atores desenvolvem estão orientadas a prevenir e controlar os agravos e doenças, atender os lesionados e doentes, investigar as causas e capacitar o setor saúde para as respostas (CEPEDES/FIOCRUZ, 2017).

No Brasil, um importante setor atuante na resposta aos desastres compreende os serviços de atendimento às urgências e emergências. Em 2011, o Ministério da Saúde reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2004 e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede de Atenção às Urgências, tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna; deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional; o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção; priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Os componentes da Rede de Atenção às Urgências são constituídos pela: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar.

Dentre os componentes da rede o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011).

Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam com a maior brevidade possível. Essas ações, ofertadas pelos segmentos da rede, estão previstas nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária com atenção especializada (média e alta complexidade). Quando a rede é acionada, principalmente nas emergências na fase de resposta nos desastres, demandam de muitos profissionais de saúde, um grande contingente de pessoas de diversas categorias profissionais envolvidas nestas atividades de enfrentamento entre eles está o enfermeiro (BRASIL, 2011).

A atuação do enfermeiro necessita de muita organização, percepção e responsabilidade a todo o momento, durante a prestação da assistência aos pacientes. Por isso, o enfermeiro deve estar ciente de suas competências, principalmente em situações inusitadas como em desastres com grande número de vítimas que chegam ao hospital, para que, juntamente com a equipe multidisciplinar, possa desenvolver a assistência da forma mais integral possível sendo que na fase de resposta aos desastres o enfermeiro desenvolve sua maior atuação (MARIN, 2013). No Brasil, segundo a Lei do Exercício Profissional, o enfermeiro é responsável pelos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes em situações de risco, média e alta complexidade técnica (COFEN, 1986).

O papel do enfermeiro compreende várias ações que envolvem a vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental). Essas ações correspondem à orientação, educação, atenção à saúde e gestão. No que diz respeito à gestão, contempla a organização de recursos e responsabilidades para o manejo de emergências quando o desastre se concretiza. Inclui planos, estruturas e acordos que permitem coordenar os esforços do governo, entidades voluntárias e privadas para responder às necessidades associadas às emergências (EIRD/ONU, 2004).

A enfermagem está representada em todos os níveis dos sistemas de saúde, formando uma equipe na linha de frente da resposta às situações de saúde e encontra-se entre as categorias profissionais que dão início a esse processo. No contexto hospitalar, o planejamento e o aumento da capacidade de atendimento em situação de desastre preveem a atuação da equipe de enfermagem em todas as etapas, desde a triagem das vítimas até a transferência do centro cirúrgico para a unidade de tratamento intensivo (UTI) e ou encaminhamentos para serviços especializados, caso necessário (BELLUCCI; MATSUDA, 2011).

Esses profissionais atuam muitas vezes em situações difíceis, com recursos limitados, desempenhando papel vital em diversas situações de cuidado em enfermagem, inclusive no atendimento em desastres. Por isso, é necessário que esses profissionais desenvolvam cada vez mais competências para lidar com as diferentes situações causadas por desastres, mobilizando

as capacidades de adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades e atitudes para atuar em situação de crise, de modo a garantir um atendimento qualificado e prioritário (GEBBIE; MERRILL, 2002).

Referências de enfermagem para atendimento em situação de desastres incluem estudos que relacionam atenção à saúde no atendimento as múltiplas vítimas e emergências. (HARTMANN et al., 2012; BUSBY; WITUCKI-BROWN, 2011; WALKER et al., 2005; JIAO et al., 2015); Educação e preparação dos profissionais de saúde, para atuar em eventos com múltiplas vítimas (FUNG et al., 2008; DUONG, 2009; SALVADOR et al., 2012); Preparação para desastres entre enfermeiros: uma revisão sistemática da literatura (LABRAGUE et al., 2017); Percepção dos enfermeiros quanto à sua preparação para desastres (OZTEKIN et al., 2016; PUTRA et al., 2011); Gerenciamento em casos de crise e organização do cenário do desastre (LIERBERGALL et al., 2007; DOUGLAS, 2007; SEYEDIN et al., 2015); Avaliação do conhecimento e preparação de enfermeiros e competência percebida na gestão de catástrofes (BAACK; ALFRED, 2013; NASH, 2016).

Esses estudos evidenciam a crescente complexidade do campo de atuação dos enfermeiros com a necessidade de mobilização para o desenvolvimento de competências que possibilitem práticas compatíveis com as necessidades dos serviços de saúde, principalmente em situações de desastres.

O conhecimento dessas competências pelos enfermeiros, contribui para organização e qualificação de sua profissão diante das necessidades de intervenção às vítimas de eventos traumáticos, catastróficos e população atingida.

Diante do exposto e da realidade brasileira com o agravamento das situações de desastres e desenvolvimento de estruturas organizacionais para o seu atendimento, a trajetória profissional da pesquisadora de assistência e ensino na área de emergência, estudo dessa temática desenvolvido durante o mestrado com a dissertação que identificou competências dos enfermeiros no atendimento hospitalar em situações de desastres que possibilitou refletir sobre as práticas assistenciais dos enfermeiros. Como membro do Grupo de pesquisa Estudos de Atenção à Saúde em Desastres e Eventos de Massa - GEASDEM, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cadastrado no CNPQ e membro integrante de equipe do projeto de Avaliação dos projetos e obras relacionados à Copa do Mundo FIFA 2014 na cidade-sede de Porto Alegre- RS- CNPQ, contribuíram para o interesse na continuidade de estudos sobre o conhecimento e a atuação do enfermeiro no atendimento em situações de desastres.

Programas de treinamento geralmente se concentram em oferecer apenas informações a respeito de habilidades em vez de preparar os profissionais para as mudanças que situações de emergência podem envolver. Sem essa preparação, até mesmo o profissional mais qualificado retirado de sua prática habitual pode encontrar problemas (SLEPSKY, 2007).

A avaliação das competências vem se configurando uma necessidade em um contexto comprometido com a qualificação de profissionais, principalmente porque não há correspondência entre a aquisição de saberes e a capacidade de mobilizá-los ou aplicá-los no cotidiano de trabalho. De modo geral, não existe certificação de domínio de conhecimento ou de capacidade laboral em decorrência da posse de um diploma escolar, de credencial de formação. Além disso, há progressiva valorização das experiências acumuladas ao longo da vida pessoal e profissional de cada indivíduo, a serem traduzidas em capacidade de resolução de problemas (SOUZA, 2005).

Segundo Ramos (2011) as competências têm influenciado a formação para o trabalho e, conseqüentemente, o desempenho dos profissionais da saúde. Elas fazem parte de um conjunto de iniciativas que buscam dar resposta às necessidades dos serviços para a resolução dos problemas, tendo em vista as transformações ocorridas no mundo do trabalho, sendo o sistema de competência profissional integrado por três subsistemas, cujas características se definem de acordo com a matriz de investigação dos processos de trabalho: a normatização das competências, a formação por competências e a avaliação de competência.

A produção científica a respeito de competências em desastres inclui referenciais e investigações. Foram identificadas competências profissionais para todos os profissionais de Saúde Pública, escritas por Gebbie e Merrill, (2002); Columbia University, (2002) e competências em Saúde Mental para o atendimento em Situações de Emergência por IOWA, (2006). Na área da Enfermagem, estão relacionadas competências essenciais para o preparo para o atendimento de emergências e desastres por Gebbie e Qureshi, (2002); Weiner, (2006). Para determinar o nível de competências de preparação para emergências de enfermeiros por Waller, (2017). Estudo sobre a adaptando o currículo para atender a necessidades de profissionais de saúde em um desastre: uma proposta para enfermeiras brasileiras de Witt e Gebbie, (2016). Competências de Enfermeiros em Desastre: Implicações para o desenvolvimento curricular e saúde pública que buscou explorar as percepções de competências de enfermeiras de Hong Kong sobre as competências necessárias para a enfermagem em desastre por Loke e Fung (2014), e o referencial do Conselho Internacional de Enfermeiros e da Organização Mundial da Saúde de Competências da Enfermagem em Desastres (ICN e

WHO), (2009). Nos Estados Unidos, o Plano Nacional de Resposta a desastres está organizado em funções, sendo que recursos humanos estão descritos as funções de suporte e serviços prestados por enfermeiras generalistas e de clínica avançada (COUIG et al., 2005). Na China, foi desenvolvido um programa de treinamento piloto referente às competências em situações de desastre para estudantes de graduação em enfermagem. (LIN et al, 2010; HSU et al, 2006). As competências voltadas à educação de profissionais de saúde hospitalar foram descritas para as fases de preparação e resposta por HSU et al (2006). No Brasil, uma investigação da pesquisadora proponente desse estudo identificou 17 competências dos enfermeiros no atendimento hospitalar em desastres (MARIN, 2013).

Um projeto colaborativo de capacitação baseada em competências foi desenvolvido por Estrada, Frase e Cioffi, (2005). Subbarao, et al. (2007) desenvolveram uma estrutura educacional baseada no consenso e conjunto de competências, para a disciplina de medicina em desastres e preparação em saúde pública. Um referencial foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para a integração da preparação e resposta em emergências no currículo de graduação em enfermagem (WHO, 2011).

Uma das formas de se verificar se a formação e atuação profissional são adequadas ou não às demandas é pela avaliação de competências. Essa avaliação integra o processo pedagógico e é concebida como processo contínuo para diagnosticar dificuldades, obstáculos e concepções prévias dos alunos e fonte de reinvenção da prática pedagógica. É comum confundir avaliação com os procedimentos ou instrumentos utilizados para "medir" o desempenho dos alunos e/ou profissionais. Os instrumentos ou procedimentos são meios para obter informações (resultados de provas, avaliação de desempenho, por exemplo) sobre o andamento do processo de aprendizagem e sobre a eficiência do ambiente de aprendizagem programado. Em outras palavras, os instrumentos são meios para obter diagnóstico do processo de aprendizagem e de ensino. Outra função importante da avaliação é indicar ao aprendiz (localizar, explicitar) o que precisa ser feito, revisto, estudado, reelaborado, para superar dificuldades e estabelecer relações para o desenvolvimento de estruturas cognitivas, para que ela auxilie na aprendizagem e não, apenas, classifique (SOARES e RIBEIRO, 2001).

A avaliação é o processo de identificação, obtenção e análise das informações úteis, que avalia e julga os fenômenos que ocorrem ao redor do objeto, para obter critérios de julgamento e resolver problemas. A avaliação como um processo, é instrumento fundamental para as instituições, gestores e trabalhadores. Através dela pode-se articular o potencial de habilidades com projeção estratégica adequada para o desenvolvimento de profissionais e

buscar respostas, portanto, indispensáveis para avaliar habilidades de trabalho (URBINA, 2010).

Para Ramos (2011) avaliação por competências é um processo pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos do indivíduo em relação a competências profissionais requeridas. São orientadas por normas, definidas como conjunto de padrões válidos em diferentes ambientes produtivos, fornecendo parâmetros de referência e de comparação, para avaliar o que o trabalhador é, ou deve vir a ser capaz de fazer. Espera-se que a elaboração e a validação dessas normas sejam pactuadas entre os diversos sujeitos sociais interessados nas competências dos trabalhadores (governo, empregadores, gestores, trabalhadores, educadores, entre outros). Além da avaliação, as normas de competências são utilizadas também para orientar a elaboração dos programas de formação, para a execução de ações de orientação ocupacional aos trabalhadores.

A avaliação de competências profissionais ainda é pouco explorada nas investigações científicas. Estudos de avaliação das necessidades de capacitação com a utilização de referenciais de competências para a formação e preparação para situações de desastres foram desenvolvidos por Mosca, et al. (2005) e Harrison, et al. (2005). Pesquisas de avaliação de competências foram desenvolvidas por Kerby, et al. (2005), que estudaram formas eficazes para avaliar competências dos trabalhadores de saúde pública para a preparação em desastres. Madeline, (2015) Aplicou um questionário de informações sobre preparação para emergências para medir a familiaridade dos enfermeiros com competências essenciais pertinentes às capacidades dos primeiros respondentes nas emergências e resposta a desastre. Abdullellah et al, (2015), estudo para desenvolver uma válida e confiável escala para identifica e explorar as competências da enfermagem e o papéis do enfermeiro dentro da gestão dos desastres. Nilsson et al, (2014 e 2016) Desenvolver e validar uma nova ferramenta destinada a medir a competência profissional auto-relatada entre estudantes de enfermagem antes da graduação e entre enfermeiros praticantes, com foco em sua prontidão para gerir violência, eventos graves e desastres e realizou o processo de tradução e adaptação da enfermeira Escala de Competência Profissional para compara-las entre os estudantes de enfermagem e os enfermeiros com experiência profissional. Noh et al, (2017), um estudo descritivo correlacional foi realizado para investigar a experiência, a percepção e a competência central dos enfermeiros. HAMMAD (2016), estudo sobre a experiência vivida de enfermagem no departamento de emergência durante um desastre (HAMMAD et al., 2011) Enfermeiros de emergência e resposta a desastres:

um exploração de enfermeiros de emergência do sul da Austrália conhecimento e percepção de seus papéis em resposta a desastres

Slepski (2007) avaliou o grau de preparação dos prestadores de cuidados de saúde individuais e as suas capacidades de resposta durante a ocorrência de um desastre. O autor destaca que precisam ser desenvolvidas métricas para validar se as competências existentes são apropriadas e abrangentes e se a capacitação atende às demandas profissionais. Oliveira Neto (2000) afirma que com os instrumentos validados, os pesquisadores podem medir o mesmo constructo de pesquisa de modo igual. Além de permitir maior clareza na formalização e interpretação das questões formuladas, a validação é fundamental na mensuração do instrumento e, sem ela, as interpretações podem estar comprometidas. Além disso, a validação torna mais dignos os instrumentos e propicia maior segurança ao utilizar as suas conclusões. Isso abre uma lacuna do conhecimento para construção de um instrumento validado e específico para os enfermeiros em situação de desastres.

Para González (2013), a atuação do enfermeiro está alocada em sua maior parte na fase de resposta aos desastres, demonstrando que o enfermeiro tem papel crucial no desfecho dos encaminhamentos dos pacientes e de estabilização vital enquanto aguardam atendimento médico ou transporte para outros componentes da rede. Nesse sentido, em resposta à necessidade de identificar e avaliar as competências necessárias aos enfermeiros no atendimento em situação de desastres, torna-se relevante o desenvolvimento de um instrumento que possa mensurar com precisão aquelas competências que necessitam ser aprimoradas.

Diante disso, a proposta deste estudo é construir e validar um instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros em situação de desastres, pautado na fase de resposta da gestão de desastre, visto que nesta fase o enfermeiro atua direta ou indiretamente nos atendimentos às vítimas. Com este estudo espera-se contribuir para a qualificação dos enfermeiros no processo de trabalho, verificando também suas potencialidades e fragilidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir e validar um instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver um instrumento para avaliação de competências de enfermeiros para o atendimento em situação de desastres;
- Verificar a validade de conteúdo e aparência do instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres;
- Verificar a aplicabilidade e confiabilidade do instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada a revisão de referenciais teóricos que sustentam o desenvolvimento da pesquisa, estruturados nos seguintes tópicos: Problemática dos desastres: políticas internacionais de enfrentamento; Políticas públicas e programas para os desastres no Brasil; Competências profissionais em situação de desastres.

3.1 A Problemática dos Desastres: Políticas Internacionais de Enfrentamento

Os desastres são motivo de preocupação mundial. A urbanização sem planejamento, o subdesenvolvimento, a degradação do meio ambiente, as mudanças climáticas, a concorrência pelos recursos escassos e o impacto de epidemias representam crescente ameaça com graves consequências para a economia mundial, para a população do planeta e para o desenvolvimento sustentável (RODRIGUES, 2010).

O desastre implica em uma interrupção séria do funcionamento de uma comunidade ou sociedade, causando perdas humanas e ou importantes perdas materiais, econômicas e ambientais. Além disso, caracteriza-se pela incapacidade da comunidade ou sociedade afetada, enfrentar situações críticas, utilizando seus próprios recursos (IBGE, 2013).

Desastres também podem ser definidos como resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável. Os desastres obedecem à ampla e detalhada classificação e podem ter perfil diverso a partir de sua origem (natural, humana ou mista), evolução (aguda ou crônica) e de intensidade (acidental, médio, grande ou muito grande porte) (BRASIL, 2012a; WADEM, 2002; SOBRAL et al, 2010).

O aumento de ocorrência de desastres naturais e antropogênicos e a combinação com outros tipos de calamidades ameaçam o desenvolvimento sustentável de uma população. A perda de vidas humanas, os elevados custos de reconstrução e a perda dos ganhos do desenvolvimento demonstram a necessidade da adoção de medidas com vistas à redução do risco de desastres e mitigação das sequelas à população afetada (BRASIL, 2007).

Em relação à evolução, os desastres são classificados do seguinte modo: súbitos ou de evolução aguda, evolução crônica ou gradual, soma de efeitos parciais. Os desastres súbitos ou de evolução aguda são deslizamentos, enxurradas, vendavais, terremotos, erupções vulcânicas, chuvas de granizo e outros. Os desastres de evolução crônica ou gradual são a seca, erosão ou

perda de solo, poluição ambiental e outros. São exemplos de desastres por soma de efeitos parciais: cólera, malária, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e outros (BRASIL, 2007).

De acordo com a origem ou as causas primárias e agente causador, os desastres podem ser naturais, humanos ou mistos. Os desastres classificados como naturais são causados por fenômenos da natureza, cuja maioria dos casos independe das intervenções do homem. Incluem-se nessa categoria os terremotos, maremotos, furacões, entre outros. Esses desastres podem ser resultado do crescimento urbano desordenado, das migrações internas e do fenômeno da urbanização acelerada e sem planejamento. Os desastres humanos (antropogênicos) são classificados em relação à natureza em tecnológicos, sociais ou biológicos. Os desastres mistos se caracterizam por ocorrer quando as ações ou omissões humanas contribuem para intensificar, complicar e/ou agravar desastres naturais (BRASIL, 2012a).

As ações em relação às demandas no atendimento aos desastres serão diferentes de acordo com a evolução, origem e intensidade desses desastres. A intensidade do desastre não depende apenas da magnitude do fenômeno adverso, mas, principalmente, do grau de vulnerabilidade do cenário do desastre e do grupo social atingido, classificado como accidental, médio, grande porte e muito grande porte. É extremamente importante saber a intensidade para facilitar o planejamento da resposta e da recuperação da área atingida (BRASIL, 2012a). Para a defesa civil, os desastres são classificados em termos absolutos ou relativos. Essa classificação baseia-se na relação existente entre a necessidade de recursos para o restabelecimento da situação de normalidade e a disponibilidade desses recursos no município afetado e nos demais escalões do Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC) (BRASIL, 2007).

O desafio colocado pelos desastres de origem natural levou a comunidade internacional a reconhecer que a humanidade está diante de uma ameaça global sem precedentes. Eventos extremos como inundações, secas, tempestades, temperaturas extremas, tornados, furacões, incêndios e tsunamis são frequentemente experiências dolorosas. Esses eventos causam grandes perdas de vidas humanas, destroem modos de subsistência e deixam milhões de pessoas devastadas diante do dever de recomeçar com o que resta (BRASIL, 2014b).

Para o enfrentamento dessa situação, a Estratégia Internacional para a Redução de Desastres, numerosas organizações, universidades e instituições estão unidas em torno de um objetivo comum: reduzir o número de mortes e lesões causadas por desastres naturais. A redução de desastres concentra-se no conceito e na prática de diminuir o risco de desastres mediante esforços sistemáticos dirigidos à análise e à gestão dos fatores causadores. Essa diminuição de riscos inclui a redução do grau de exposição às ameaças (perigos), diminuição

da vulnerabilidade das populações e suas propriedades, gestão prudente dos solos e do meio ambiente e o melhoramento da preparação diante dos eventos adversos (EIRD/ONU, 2004).

Nesse sentido, organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), assumem posicionamentos a respeito da problemática de preparar a sociedade para evitar, minimizar ou enfrentar esses eventos, mediante o reconhecimento prévio das condições de risco e de promover o uso racional de recursos do setor da saúde (OPAS, 2008).

Em âmbito mundial, Políticas e Programas para Desastres estão sendo articulados pela Estratégia Internacional para Redução de Desastres nas Nações Unidas (UNISDR). Isso servirá como o ponto focal para coordenar atividades de redução do risco de desastres e para assegurar sinergias entre as atividades de organizações do Sistema das Nações Unidas e organizações regionais nos campos socioeconômico e humanitário. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Unidade de Redução de Desastres (DRU) atuam nas Unidades Federadas, na redução e recuperação das crises, desenvolvendo estratégias de redução de desastres e programas de construção de capacidades. Além disso, promovem marcos de ação e estabelecimento de programas de recuperação sustentável, redes de conhecimento sub-regionais, desenvolvimento de recursos humanos e promoção de políticas (UNISDR, 2012).

Na região das Américas, há o Centro de Coordenação para a Prevenção dos Desastres Naturais na América Central, a Secretaria Especializada do Sistema de Integração Centro-americana e o Conselho de Representantes. O Conselho de Representantes é órgão máximo decisório, formado por dois delegados de cada Estado, designados pela respectiva Comissão Nacional e Comissões Nacionais Multissetoriais com respaldo pelos Presidentes dos países participantes (OPAS, 2014).

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e todos os países, em 1976, criaram um programa técnico para ajudar o setor da saúde a desenhar e desenvolver programas de mitigação, preparativos e resposta para desastres. Os preparativos para desastres apoiam o fortalecimento institucional dos programas nacionais no setor da saúde destinados a promover a capacitação e a educação pública. Essas políticas resultam da complexidade da problemática de redução dos desastres, requerendo uma tarefa multidisciplinar que se realiza em conjunto entre múltiplas organizações e setores, como Sistemas Nacionais para Desastres, Organismos Públicos, Universidades, ONGs, Parlamentos, Meios de Comunicação, Doadores, etc., sempre com a visão das populações envolvidas (OPAS, 2014).

3.2 Políticas Públicas e Programas para os Desastres no Brasil

No Brasil, o Centro de Excelência para a Redução do Risco de Desastres (UNISDR-CERRD) resultou de parceria entre o Governo Federal e o UNISDR, uma iniciativa pioneira em âmbito global e alinhada com as ações previstas no Marco de Ação de Hyogo (MAH) e com a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC). O UNISDR-CERRD tem como missão contribuir para a construção de comunidades resilientes a desastres por meio da promoção de maior sensibilização sobre a importância de incluir a gestão integrada do risco de desastres como componente central do desenvolvimento sustentável, reduzindo as perdas humanas, sociais, econômicas e ambientais (UNISDR, 2012).

O desenvolvimento de estratégias para atendimentos aos desastres no Brasil é responsabilidade dos Ministérios de Integração Nacional (MI) e Ministério da Saúde (MS), para lidar com as necessidades de formação e preparo de recursos humanos, bem como com as questões relativas à infraestrutura e planejamento necessários diante de desastres.

Para fins de organização e enfrentamento dos desastres, no Brasil o principal órgão responsável por fazer o reconhecimento de situação de emergência e estado de calamidade e prestar ações de socorro e assistência às vítimas é a Defesa Civil, que compõe o Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC).

A defesa civil do Brasil teve sua criação em 1924, com a finalidade de garantir os socorros públicos. Entretanto, apenas no final dos anos 60 foi reestruturada, sob a denominação de Grupo Especial de Apoio às Calamidades Públicas (GEACAP), para implementar diretrizes e normas de ação para a defesa permanente contra as calamidades públicas. Com a Constituição de 1988 passou a ser competência da União planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas e legislar sobre defesa civil e mobilização nacional.

A partir disso, foi desenvolvida a Política Nacional de Proteção Civil que foi formalizada como Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), tendo como base os órgãos municipais, responsáveis pela gestão de redução de desastres no município e pela coordenação das ações de respostas aos desastres ambientais. Na estrutura de 2011, foram criados o Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD), o Grupo de Apoio a Desastres e ocorreu o fortalecimento dos órgãos de Defesa Civil locais.

Como parte da política nacional, foi criada a Comissão Especial de Medidas Preventivas diante de Catástrofes da Câmara dos Deputados Federais no ano de 2010, cuja missão era identificar e apontar medidas preventivas e saneadoras para impedir as catástrofes

naturais. A comissão apresentou as seguintes propostas de medidas a serem adotadas: criação do Fundo Nacional da Proteção Civil (FUNPEC); criação do Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD), do Ministério da Integração Nacional, que auxilia o Sistema Nacional de Defesa Civil; a implantação do Sistema Nacional de Informações e Monitoramento de Desastres (SINIDE).

O Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (CEMADEN) criado em junho de 2011, pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e vinculado à Secretaria de Políticas e Programas de Pesquisas e Desenvolvimento (SEPED) desenvolve, testa e programa um sistema de previsão das ocorrências dos desastres naturais em todo o território brasileiro. Atualmente o CEMADEN monitora 56 municípios situados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Esse órgão é responsável por emitir a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), que dispõe sobre demandas urgentes de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde (BRASIL, 2014b).

A Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC) com o Projeto de Fortalecimento da Cultura de Gestão de Risco de Desastres no Brasil formou parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O PNUD desenvolve projetos para a realização de capacitações destinadas aos profissionais envolvidos na ocorrência de desastres e para sensibilização social e o fortalecimento das pesquisas sobre o tema. O projeto tem como objetivo difundir o conhecimento internacional que o PNUD possui para colaborar com a gestão e a resposta aos desastres a partir do princípio que um país não pode progredir e se desenvolver sendo vulnerável a desastres que causam grande impacto na vida das pessoas (PNUD, 2015).

Em 2012, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, conhecida como Rio+20, teve como um dos temas a questão da redução de riscos de desastres. Na ocasião, foi constatado que na atualidade nenhum país se encontra imune aos desastres, independentemente do seu nível de desenvolvimento econômico e social, apesar dos desastres ocorrerem de maneira mais grave nos países ou comunidades com maior nível de vulnerabilidade, cujo grau está estreitamente relacionado ao nível de desenvolvimento social, econômico e ambiental dessas comunidades (OPAS, 2014).

Dessa forma, fez-se indispensável mudança de paradigma no que diz respeito às ações de Proteção e Defesa Civil no Brasil. Atualmente o foco está na gestão integral do risco de desastres. A partir de 2012, com o lançamento do Plano Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres, o volume de recursos destinados à prevenção e à resposta a desastres

tornou-se expressivo. Entre as linhas de ações adotadas, destaca-se o investimento em capacitação, para que a sociedade, incluindo comunidades em geral e os próprios agentes de Proteção e Defesa Civil qualifiquem sua percepção de risco e estejam preparados para lidar com situações adversas (BRASIL, 2014b).

No enfoque de melhoria da qualidade de assistência prestada a toda a população, a atual gestão do Ministério da Saúde concentrou seus esforços na implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde e no fortalecimento da Atenção Básica por entender que a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representará um avanço na organização do Sistema Único de Saúde, nos resultados e na avaliação pela população. Composto por duas partes, a primeira apresenta o processo de implantação das redes temáticas acordadas de forma tripartite para os anos de 2011 a 2013: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, priorizando as ações de fortalecimento para a prevenção e controle do câncer. A segunda parte traz algumas outras estratégias e ações de gestão da SAS (BRASIL, 2014b).

Cada rede temática é formada por componentes específicos, sendo a Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; Atenção Primária pelas unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; SAMU 192; Portas hospitalares de atenção às urgências; Leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia.

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), o Art. 2, Inciso XII fomenta a coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais, além da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos (BRASIL, 2011).

Um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, o SAMU atua no atendimento imediato que é prestado às vítimas na assistência pré-hospitalar a pacientes com agravos agudos à saúde, de natureza clínica ou traumática, além das parturientes. Esse atendimento ocorre no momento e no local da ocorrência do agravo, transportando de forma segura as vítimas, segundo critérios técnicos internacionalmente aceitos, até aqueles serviços de saúde que possam melhor acolher cada paciente, responder de forma resolutiva às suas necessidades, dando continuidade à assistência. Trata-se, portanto, de uma atenção cuja abordagem é individualizada, ou seja, contempla prestação de serviços a pacientes assistidos

individualmente. Constitui-se num importante elo entre os diferentes níveis de atenção do Sistema (BRASIL, 2014b).

O Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir a manutenção da qualidade e efetividade, bem como a expansão contínua e linear do SAMU 192 no território nacional, também realiza a renovação de frota das ambulâncias. No período de 2010 a 2012, foram renovadas 857 ambulâncias no território nacional. Nesse contexto, foi incorporado o veículo 4 x 4 (ambulância) utilitário/pick-up cabine simples adaptada com baú como novo componente no SAMU 192 com a finalidade de atuar em locais de difícil acesso, em áreas suscetíveis a fenômenos extremos da natureza, desprovidos de recursos assistenciais para a chegada de equipe de atendimento pré-hospitalar e/ou transporte inter-hospitalar, onde uma ambulância furgão não conseguirá acessar ou o fará em tempo não compatível com a necessidade do primeiro atendimento.

A estrutura do SAMU 192 no território nacional deve ter uma evolução linear e contribuiu com o Estado brasileiro para a redução do número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro, principalmente no contexto das emergências clínicas. Atualmente, o SAMU 192 possui 181 Centrais de Regulação das Urgências. Há 2.745 (49,2%) municípios com acesso ao serviço, resultando em uma cobertura populacional de 72,4%, (140.490.698). O custeio anual é de mais de 884 milhões (Núcleo de Educação em Urgência (NEU), 2014).

O SAMU tem com um de seus objetivos participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, tipo acidente aéreo, ferroviário, inundações, terremotos, explosões, intoxicações coletivas, acidentes químicos ou de radiações ionizantes, e demais situações de catástrofes (NEU, 2014).

Neste contexto observa-se que é imprescindível um planejamento prévio no atendimento às urgências e emergências para diminuir o sofrimento, aumentar as possibilidades de sobrevivência, e reduzir sequelas físicas e emocionais. Existem condições de oferecer solidariedade no momento de crise, que é como toda urgência é sentida pelo cidadão, seus familiares e amigos, assim como oferecer cuidados os mais apropriados e necessários em todas e quaisquer circunstâncias (BRASIL, 2014c).

3.3 Competências Profissionais e em Situação de Desastres

Nos serviços de saúde, como em outros segmentos da sociedade, alterações de caráter social, político e econômico produzem modificações nas atividades humanas e, conseqüentemente, no trabalho em saúde. A concepção do trabalho por competências é fortemente utilizada na abordagem de adoção do modelo de competências, integrando a formação da força de trabalho em um contexto que possibilita a flexibilidade do mercado de trabalho e a unificação do sistema da qualificação profissional (DELUIZ, 2001).

A educação e formação são os pilares da preparação para desastres e qualquer programa curricular ou de formação deve ser baseado na competência. Cada declaração de competência representa uma complexa combinação de conhecimentos, competências e habilidades, demonstrados pelos membros da organização que são fundamentais para o funcionamento efetivo e eficiente da organização (UNIVERSIDADE EMORY, 2006).

As concepções de Perrenoud (1999) para competência têm caráter polissêmico, sendo descritas como: capacidade de aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes, saber fazer, saber ser, saber agir e capacidade de resolução de um problema. Além disso, mobilizar conhecimentos, métodos, informações são regras para enfrentar uma situação. Uma competência com certa complexidade envolve diversos esquemas de percepção de pensamento, avaliação e ação, que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciação de probabilidades, estabelecimento de um diagnóstico a partir de conjunto de índices, busca das informações pertinentes e formação de uma decisão.

Aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos englobam as competências presentes em uma atividade laboral, mostrando que elas têm a ver com o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes interdependentes e necessárias à conclusão de determinada tarefa. A competência envolve a questão do saber e do saber fazer, o aspecto intelectual e o desenvolvimento comportamental (RUTHES; CUNHA, 2008)

Nesse contexto, há uma ligação entre o trabalho, educação e capacitação humana, garantindo o desempenho eficiente e com responsabilidade, aumentando as chances de realização pessoal, social e individual. Do ponto de vista dos serviços de saúde, as habilidades incluem aspectos cognitivos da clínica e outros necessários para o bom desempenho da profissão, entre eles: relação profissional paciente, ensino, pesquisa e administração (URBINA, 2010).

A configuração de atributos que compõem uma competência profissional é sempre o resultado das maneiras peculiares pelas quais as pessoas experimentam as várias situações que enfrentam. A capacidade de uma pessoa é uma qualidade integrada: integração de conhecimentos, destrezas e qualidades pessoais usadas efetiva e apropriadamente em resposta a várias circunstâncias, familiares ou não. Por outro lado, as competências de um profissional de saúde, aplicadas em seu trabalho, devem resultar em transformação das condições de uma pessoa ou grupo de pessoas (BRASIL, 2001b).

Ao pensar a competência humana, pano de fundo de onde se desdobram todas as demais competências, é necessário compreendê-la como conceito político-educacional abrangente, como processo de articulação e mobilização gradual e contínua de conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de hábitos e atitudes e de valores éticos, que possibilitem ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além de sua efetiva autor realização (DELUIZ, 2001).

Para Novaes (2001, p 23), existem três perspectivas para a definição de competências:

- conjunto de tarefas - a competência é vista como um conjunto de tarefas independentes, e que se apresentam bem detalhadas, não havendo interesse pelas relações que existem entre elas. A competência é analisada pela observação direta do desempenho;
- conjunto de atributos - mostram os atributos gerais indispensáveis para o desempenho efetivo de profissionais, considerados excelentes, e que são subjacentes às competências, ou seja, conhecimentos, práticas e atitudes. Neste conjunto desconsidera-se, porém, o contexto em que as competências são aplicadas;
- conjunto estruturado holístico e integrado - combina a perspectiva de um conjunto de atributos com o contexto. A competência é relacional, é uma combinação complexa de atributos (conhecimentos, atitudes, valores e habilidades) necessários para o desempenho profissional em situações específicas.

A temática da competência profissional tem se constituído foco de interesse de diversos trabalhadores de saúde, bem como dos seus administradores, pois nos recursos humanos está uma possível solução dos maiores problemas de saúde. São eles que, sendo capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população, influirão na atenção à saúde e na terapêutica prestada aos indivíduos e coletividades (CAMELO et al., 2013).

Na enfermagem, o termo competência refere-se a conhecer e atuar sobre determinadas situações que envolvem condições para desenvolver ações de planejamento e organização, implementação e avaliação, demandando experiência para “o fazer” com qualidade. (AGUIAR et al., 2006). A competência fortalece as suas bases e convicções em fundamentação teórica,

em conhecimento de causa e no domínio da realidade profissional e social em que os enfermeiros estão inseridos.

As competências estão presentes nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem. Na Resolução CNE/CES Nº 3, de 07 de novembro de 2001, atualmente em vigor, é explícita a formação do enfermeiro por competência. Essa resolução enfatiza que a formação do enfermeiro tem de ser pautada nas habilidades e competências gerais que são: a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente (BRASIL, 2001a). Há ainda um elenco com trinta e três outras habilidades e competências, denominadas específicas, para orientar a formação dos futuros profissionais enfermeiros (BRASIL, 2001b).

Para o Conselho Internacional de Enfermeiros o termo “competência” é o reflexo de conhecimento, compreensão, julgamento, habilidades cognitivas, atributos e atitudes pessoais. Dessa forma, ele define competência como “um nível de desempenho que demonstra aplicação eficaz de habilidade, conhecimento e julgamento” (ICN, 2009).

Portanto, ressalta-se que a competência não é um estado ou um conhecimento que se tem e nem é resultado de treinamento. Competência é a capacidade de colocar em prática o que se sabe em determinado contexto. Nesse aspecto, a análise reflexiva sobre as práticas de gestão por competência e as possíveis transposições para o gerenciamento de Enfermagem buscam incitar a reflexão e a discussão acerca do tema. A finalidade disso é contribuir com a gestão da enfermagem, no alinhamento de suas estratégias organizacionais às políticas de RH referentes ao desempenho dos profissionais (RUTHES; CUNHA, 2008). Elas também são ferramentas importantes na criação de descrições de trabalho dos profissionais enfermeiros, de maneira a contribuir para a qualidade da assistência prestada.

Ao abordar sobre competências profissionais, é preciso pensar que elas devem estar relacionadas ao desempenho no trabalho de uma pessoa, podendo ser mensuradas. E, embora o foco de análise seja o indivíduo, é importante alinhar as competências às necessidades estabelecidas pelos cargos ou posições existentes nas organizações (FLEURY; FLEURY, 2011).

Dessa forma, torna-se imprescindível refletir se o profissional enfermeiro possui conhecimento e maturidade para o seu fortalecimento, assim como, o de sua equipe, pacientes e familiares, uma vez que é ele o responsável pelo gerenciamento do cuidado de enfermagem.

As competências podem ser identificadas ou descritas retrospectivamente, ou seja, através de estudos de práticas e praticantes que são exemplares na área de interesse. No entanto,

também há momentos em que é desejável especificar as competências de forma prospectiva, isto é, ao olhar para área emergente da prática e da definição das competências necessárias para oferecer serviços desejados (GEBBIE et al., 2002).

Dentre as competências do enfermeiro em situação de desastres, a referência do Conselho Internacional de Enfermagem e Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) é observada como a que melhor descreve sobre o tema, devido às citações verificadas nos documentos, estudos e pesquisas consultados. No estudo *“ICN Framework of Disaster Nursing Competencies”* um quadro das competências de enfermagem que deve ser aplicado globalmente. O conteúdo pode ser modificado para ser culturalmente específico para diferentes regiões e lugares. Também é enfatizado que a interpretação no país do quadro e a revisão periódica das competências são importantes para garantir a relevância para a comunidade atendida.

Essas competências estão organizadas segundo as quatro áreas de gestão de desastres que correspondem às fases de Prevenção, Mitigação; Preparação; Resposta e Recuperação. Foram identificados em 10 domínios: (1) redução de risco, doença prevenção e promoção da saúde; (2) desenvolvimento de políticas e planejamento; (3) ético prático, prática legal e responsabilização; (4) comunicação e informação partilham; (5) educação e preparação; (6) de cuidados da comunidade; (7) cuidados de indivíduos e famílias; (8) atendimento psicológico; (9) o cuidado de populações vulneráveis; e (10) de recuperação de longo prazo de indivíduos, famílias e comunidades (WHO, 2009).

Outras competências dos enfermeiros em desastres foram desenvolvidas de acordo com as áreas de atuação. Polivka et al. (2008) desenvolveu 25 competências para enfermagem em saúde pública, categorizados nas fases de gestão de desastres. Essas competências concentram-se na preparação do pessoal, atendimento às vítimas e famílias, comunicação e sobre os equipamentos utilizados em desastres.

Weiner (2006) desenvolveu 10 competências que são essenciais para o desenvolvimento do processo educacional para preparação e resposta em desastres. Mosca et al. (2005) desenvolveram 9 competências para atender às necessidades do sistema de ensino em enfermagem para atuar em caso de desastre e bioterrorismo. Wisniewski et al., (2004) desenvolveram competências para preparação em emergências e as necessidades educativas avaliadas pelos enfermeiros. Entre elas foram classificadas oito áreas de competências: triagem e primeiros socorros; acesso aos recursos críticos; relatórios; sistemas de comando de

incidentes; isolamentos, quarentena e descontaminação; problemas psicológicos; epidemiologia; tomada de decisão e comunicação.

Também nos Estados Unidos, a pedido dos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Gebbie e Qureshi (2002) desenvolveram 13 competências essenciais para o preparo de enfermeiros para o atendimento de emergências e desastres. Essas competências são baseadas em um modelo de competências para os trabalhadores de saúde pública desenvolvido anteriormente por Gebbie e Merrill, (2002).

No Brasil, Marin (2013) desenvolveu uma investigação que identificou e classificou 17 competências do enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastres, para duas das quatro fases de gestão de desastres: preparação e resposta. Essas fases, preconizadas pela defesa civil (BRASIL, 2010) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), foram classificadas em cinco áreas de domínios.

Na fase de preparação, destacam-se as competências gerenciais e as competências educacionais. Na fase de resposta, destacam-se as competências gerenciais, competência em atenção à saúde e competências para a comunicação.

As competências gerenciais da fase de preparação são:

1. Conhecer os serviços pré-hospitalares e como são executados;
2. Conhecer os serviços de socorros da região e os serviços de especialidades;
3. Participar do planejamento em situação de desastres com os hospitais da região organizando uma rede de atendimento;
4. Participar do desenvolvimento de um plano de contingência para o hospital;
5. Construir protocolos para o atendimento em situação de Desastres;
6. Conhecer a estrutura e a capacidade da Instituição e otimizar espaços, distribuindo os pacientes dentro do hospital;
7. Prever e prover materiais e equipamentos necessários para o atendimento às vítimas na situação de desastres.

As competências educacionais da fase de preparação são:

1. Desenvolver conhecimento técnico científico sobre o atendimento a vítimas em Desastres;
2. Capacitar\treinar as equipes para que cada um saiba sua função;
3. Capacitar a equipe a realizar a classificação de risco de acordo com a gravidade de cada paciente.

As competências gerenciais da fase de resposta são:

1. Gerenciar e coordenar a equipe de Enfermagem no atendimento em situação de desastres;
2. Sistematizar o atendimento com ajuda das equipes de apoio;
3. Contribuir para distribuição das vítimas pelos hospitais evitando a sobrecarga dos serviços;
4. Planejar as atividades, garantindo a segurança dos pacientes e equipes.

As Competências em Atenção à Saúde:

1. Conhecer e direcionar as ações da equipe de enfermagem no atendimento a situação de desastres.

As Competências de Comunicação para a fase de resposta:

1. Receber, organizar e facilitar as informações a respeito das vítimas dos desastres;
2. Desenvolver um processo de comunicação entre todos os envolvidos durante o atendimento das vítimas.

Ao mensurar as competências, o enfermeiro traça um caminho coerente entre o desempenho profissional e a capacidade de avaliar a gravidade das vítimas na minimização do sofrimento causado em situações de desastres.

3.4 Avaliação por Competências

A avaliação por competências é orientada por normas, definidas como um conjunto de padrões válidos em diferentes ambientes produtivos, fornecendo parâmetros de referência e de comparação (HERNÁNDEZ, 1998).

A avaliação por competências pode ser identificada por três princípios básicos. O primeiro refere-se à necessidade de selecionar os métodos diretamente relacionados e mais relevantes para o tipo de desempenho a avaliar, dentre os quais são sugeridos os seguintes: a) técnicas de perguntas; b) simulações; c) provas de habilidades; d) observação direta; e) evidências de aprendizagem prévia. O segundo princípio afirma que, quanto mais estreita a base de evidência, menos generalizáveis serão os resultados para o desempenho de outras tarefas. Recomenda-se, então, utilizar uma mescla de métodos que permitam a inferência da competência. Por fim, considera-se conveniente a utilização integrada, visando um maior grau de validade da avaliação. A integração significa a combinação de conhecimento, compreensão, resolução de problemas, habilidades técnicas, atitudes e ética na avaliação (HAGER, GONCZI; ATHANASOU, 1994).

Avaliação é uma ação própria e fundamental dos seres humanos. Pode ser considerada operação de leitura da realidade orientada em que são obtidas e oferecidas informações úteis, cujo objetivo é compreender, aperfeiçoar e permitir julgamento de possíveis decisões a serem tomadas (BONFIM et al., 2007).

Para Ramos (2011), os resultados da avaliação por competência podem servir para a retomada de trajetória formativa, envolvendo continuidade de estudos ou educação permanente, para o acesso a emprego ou para a mobilidade na grade de classificação profissional, com efeitos sobre remuneração.

Desse modo, a avaliação das competências profissionais constitui tarefa complexa, especialmente porque não prioriza a mensuração dos conhecimentos adquiridos, mas o acompanhamento da progressão das aprendizagens efetivadas, das habilidades construídas e atitudes adquiridas, tanto em sistemas formais de ensino como no próprio mundo do trabalho.

Nos últimos anos cresce a preocupação com o desenvolvimento da força de trabalho através das competências (conhecimentos, habilidades, capacidades) e com objetivos comportamentais para descrever o que um estudante ou trabalhador precisa saber, e como esse conhecimento é avaliado ao final de programa ou sessão de treinamento educacional ou em avaliação de desempenho (ARROTEIA, 2008).

São identificados três princípios básicos para chegar a uma avaliação apropriada de competências profissionais. É preciso selecionar os métodos diretamente relacionados e mais relevantes para o tipo de desempenho a ser avaliado, que podem ser técnicas de perguntas, simulações, prova de habilidades, observações diretas que evidenciam a aprendizagem prévia. Quanto mais estreita é a base de evidências, menos generalizáveis serão os resultados para o desempenho de outras tarefas, recomendando-se utilizar uma mescla de métodos que permitam a inferência da competência o mais amplamente possível. Para poder cumprir vários elementos de competências, convém utilizar-se, quando possível, método holístico, ou métodos integrados de avaliação. Isso permite que a avaliação alcance maior grau de validade. A integração significa a combinação de conhecimento, compreensão, resolução de problema, habilidade técnica, atitude e ética na avaliação. Uma avaliação integrada ou holística se caracterizaria por estar orientada ao problema; ser interdisciplinar; considerar a prática; cobrir grupos de competências; exigir habilidades analíticas, e combinar a teoria com a prática (ARGÜELLES, 1996).

Formar por competências e desenvolver habilidades pressupõe um trabalho diferenciado, principalmente porque, mais do que a posse dos saberes dos profissionais, faz-se

necessário desenvolver a capacidade de mobilizar esses saberes para a resolução de problemas e para o enfrentamento de imprevistos nas situações de trabalho (SOUZA, 2005).

Na perspectiva de competências como um conjunto de tarefas pode-se incorrer na realização de uma avaliação tecnicista, condutivista, que reduz as competências a conhecimento instrumental de tarefas prescritas. O foco nesse caso é exclusivamente o desempenho operacional, sem que se considerem as capacidades de pensar, ou seja, os recursos cognitivos e o contexto no qual as competências se manifestam (HADJI, 2001).

Por isso, o uso da avaliação por competências precisa voltar-se para as condições de atuação e intervenção do profissional sobre o estado de saúde do indivíduo, de forma a responder, de maneira mais efetiva, às suas necessidades e demandas, exigindo do profissional, aprendiz no contexto escolar, o domínio de saberes vastos, diversos e pertinentes, e que suscitam a possibilidade de abstração, generalização e transferência (BRASIL, 2001a).

Para que isso ocorra, a avaliação por competências segue uma lógica diferente daquela de avaliação voltada para função classificatória. Busca verificar a capacidade do profissional no enfrentamento de situações concretas, sendo que o foco não é apenas na tarefa, mas na mobilização e articulação dos recursos que estão à disposição para prestar a assistência. Esses recursos dizem respeito ao saber fazer e ao saber ser que, relacionados à determinada atividade, implicam em desenvolvimento autônomo, assunção de responsabilidades, postura crítica e, sobretudo, comportamento ético. Nessa perspectiva, a avaliação assume o papel de auxiliar no próprio ato de aprender (HADJI, 2001).

A avaliação por competências solicita a relação intrínseca das três dimensões da avaliação que buscam resguardar as possibilidades de antever, acompanhar e analisar, ao final, os elementos, procedimentos e fatos inerentes ao processo de ensino e aprendizagem. Essa relação pretende assegurar a proposição e implementação de todas as condições essenciais à formação e ao constante aperfeiçoamento do profissional inserido no setor de saúde (SOUZA, 2005).

Dessa forma, a avaliação por competências deve “se constituir num elemento indispensável para a reorientação dos desvios ocorridos durante o processo e para a geração de novos desafios ao aprendiz” (BRASIL, 2001b, p. 36), pois a avaliação é “substancialmente reflexão, capacidade exclusiva do ser humano, de pensar sobre os seus atos, de analisá-los, interagindo com o mundo e com os outros seres, influenciando e sofrendo influências pelo seu pensar e agir” (HOFFMANN, 2006, p. 192).

Além disso, a avaliação por competências não pode ter finalidade meramente constativa ou certificativa, mas deve visar o pleno desenvolvimento das potencialidades do ser humano e do profissional, em perspectiva de autodesenvolvimento, pela constituição de compromisso permanente com a formação continuada.

Avaliar as competências laborais deve envolver a proposição de situações coletivas de trabalho, em formato de simulações a serem desenvolvidas, de casos a serem resolvidos, de projetos a serem implementados, entre outros, visto que em:

Contexto de trabalho em grupo, em equipe, parece paradoxal que a avaliação das competências [...] esteja focada nos resultados meramente individuais, desconsiderando o fato de que algumas das competências dos trabalhadores só poderão ser mobilizadas e articuladas dentro de coletivos de trabalho e em situações grupais. (BRASIL, 2001b, p. 12)

A avaliação por competências visa o desenvolvimento do enfermeiro, tomando como referência as competências profissionais a serem adquiridas, não se restringindo ao resultado do desempenho. Porém, a partir desse resultado, é possível projetar estratégias que favorecerão o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício das atividades profissionais.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será apresentada a trajetória metodológica desenvolvida para o alcance dos objetivos propostos.

4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa metodológica refere-se a investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Envolve o desenvolvimento, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas (POLIT; BECK, 2011).

Esse tipo de pesquisa é considerado uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção existente, ou ainda, elabora ou melhora um instrumento, um dispositivo ou um método de mediação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A abordagem quantitativa na pesquisa metodológica permite análises do grau de precisão do instrumento e a abordagem qualitativa permite análises descritivas das opiniões dos juízes-especialistas, chegando à validação do instrumento pela concordância das sugestões e valorização da importância e satisfação desse instrumento para o público-alvo (CHIZZOTTI, 2009).

4.2 Contexto do Estudo

O estudo foi realizado no contexto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências. (SAMU). O SAMU é considerado importante na estruturação dos sistemas brasileiros de atenção à saúde, como componente da rede de atenção à urgência e emergência no atendimento pré-hospitalar móvel. É responsável pela atenção integral à saúde do cidadão, reforça o papel da saúde numa lógica equitativa, utilizando-se de categorias profissionais existentes para esse fim. Sendo a equipe de profissionais oriundos da saúde constituída pelo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O enfermeiro tem como suas atribuições supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade

técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar e pode influenciar positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por emergências e desastres. Nesse sentido, uma assistência qualificada na cena do acidente, o transporte e a chegada precoce ao hospital são fundamentais para que a taxa de sobrevivência aumente (SAMU-SC, 2015).

SAMU Santa Catarina atualmente, está presente em todo o território catarinense. Os 295 municípios estão divididos em oito mesorregiões e Centrais de Regulação, estas localizadas em Balneário Camboriú, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Florianópolis, Joaçaba, Joinville e Lages. O atendimento móvel se dá por meio de 23 Unidades de Suporte Avançado (USAs), 102 Unidades de Suporte Básico (USBs), quatro Veículos de Intervenção Rápida (VIRs), dois helicópteros em parceria com o Corpo de Bombeiros Militar e um helicóptero em parceria com a Polícia Rodoviária Federal.

As Centrais de Regulação e as Unidades de Suporte Avançado do SAMU/SC são administradas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina em parceria com a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – Programa de Atenção Integral à Saúde (SPDM/PAIS), entidades filantrópicas de serviços de saúde do Brasil (SAMU-SC, 2015).

SAMU Rio Grande do Sul é um serviço de saúde, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. É responsável pelo componente Regulação dos Atendimentos de Urgência, pelo Atendimento Móvel de Urgência e pelas transferências de pacientes graves.

Faz parte do sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência, todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência, e

transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do sistema (SAMU- RS, 2017).

4.3 Procedimentos de Construção e Validação do Instrumento de Avaliação

Para guiar a construção do Instrumento de Avaliação, foi utilizado como base o quadro de Competências de Enfermagem em Desastre do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2009), que organizou as competências em quatro áreas: prevenção, preparação, resposta e recuperação, que correspondem às fases de gerenciamento de desastres. Nas quatro áreas, foram identificados 10 domínios que consistem em um total de 130 competências. Para este estudo foram utilizadas as 51 competências da fase de resposta.

Essa referência foi selecionada para construção do instrumento (APÊNCICE 3), por ser a que melhor descreve sobre as competências do enfermeiro em desastres, devido às citações verificadas nos documentos, estudos e pesquisas consultados.

A validade de um instrumento está relacionada à precisão do instrumento em medir. Um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração do que se pretende mensurar. (BELLUCCI; MATSUDA, 2012). Para o desenvolvimento do estudo foram percorridos duas etapas: I- verificação de validade de conteúdo e aparência; II- verificação de aplicabilidade e confiabilidade e teste-reteste do instrumento. Para cada etapa foram explicitados o contexto, sujeitos, coleta e análise de dados.

4.3.1. Etapa 1

a) Validade de conteúdo e aparência

A validade é um critério de significância de um instrumento de medidas com diferentes tipos de evidências, tais como o conteúdo e a aparência. A validação de conteúdo é um dos tipos de validação utilizados para determinação da representatividade de itens que expressam conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica. Isso significa que esse tipo de validação determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de determinado fenômeno a ser investigado (MARTINS, 2006).

O reconhecimento da qualidade dos instrumentos é aspecto fundamental para sua legitimidade e confiabilidade, o que reforça a importância do processo de validação de

conteúdo. Esse processo é composto por diversas etapas que visam coletar evidências de que o instrumento realmente mede a variável a que se propõe e se é útil para a finalidade proposta. (BITTENCOUT et al., 2011).

Para determinar a validade de conteúdo do instrumento, os itens propostos foram submetidos à análise semântica que envolve a compreensão dos itens pela população-alvo, ou seja, a população a que se destina o instrumento, tendo relevância quanto à inteligibilidade dos quesitos e a validade aparente. Validar conteúdo refere-se à análise minuciosa do conteúdo de um instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem uma amostra representativa do assunto que se pretende medir. Os instrumentos são submetidos a apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir, corrigir, acrescentar ou modificar os itens (PERROCA; GAIDZINSKI, 2003; HUNGLER, 1995).

O objetivo dessa avaliação segundo a concepção de Pasquali (2010) é verificar a adequação da representação do atributo, tendo os juízes a função de ponderar se os itens se referem ou não ao traço em questão. Cabe ao pesquisador oferecer aos juízes definições constitutivas e operacionais do instrumento, para os quais os itens foram criados, assim como, os domínios que deverão avaliar.

A estratégia de Validação de Aparência é um processo subjetivo de validar um instrumento. Tem como finalidade saber como o público-alvo compreende os itens ou se eles modificariam alguns deles. A validação de aparência pode ser realizada individualmente ou em grupo, seus resultados devem ser apresentados de forma padronizada, por meio de instrumentos específicos de coleta de dados das informações e documentos (SCHMDT; BULLINGER, 2003). Os seguintes quesitos devem ser observados na validação de aparência: *apresentação, clareza das afirmações, facilidade na leitura, interpretação e representatividade dos itens nas dimensões locadas* (COSTA e MARCON, 2009).

b) Participantes:

Na fase de validação por experts, estes devem possuir conhecimento acerca da natureza do estudo para poderem avaliar a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos. No entanto, independente do que se deseja validar, é essencial que o pesquisador direcione seus critérios aos objetivos do estudo, bem como observe as limitações da temática sob investigação, respeitando os requisitos necessários para considerar um enfermeiro expert. Além disso, deve redigir os critérios de forma clara, justificando as razões para utilização de cada um (MELO et al., 2011).

Em virtude da necessidade de profissionais com qualificação específica para julgar o Instrumento de Avaliação (IA), a seleção dos juízes experts foi feita por meio de consulta ao *curriculum vitae* da Plataforma Lattes (CNPq) com busca avançada, utilizando para refinamento (Todas as palavras: Desastres e Qualquer termo: Emergência e Enfermagem) perfil de enfermeiro, doutor e que possuísem mais de 2 anos na docência ou na assistência em emergência e desastres. Após análise de 86 currículos foram selecionados 20 enfermeiros. Encaminhou-se para eles uma carta convite, (Apêndice A) com explicação sobre a pesquisa e seus objetivos, via correio eletrônico. Os endereços eletrônicos dos juízes estavam disponíveis na Plataforma Lattes (CNPq) de acesso livre e público. Após três tentativas, os enfermeiros que não retornaram a solicitação ou não aceitaram participar da pesquisa foram excluídos. Do total selecionado, 8 enfermeiros aceitaram participar. Para eles, foi enviando o TCLE (Apêndice D).

c) Coleta dos Dados:

A coleta de dados foi realizada em duas rodadas. Foi enviado aos enfermeiros juízes participantes, um e-mail e em anexo o instrumento de avaliação (Apêndice E), que constou de um questionário estruturado em quatro partes.

PARTE I- Caracterização referente ao perfil dos juízes *experts*;

PARTE II- Questões com as competências classificadas em 4 áreas de domínio para determinar a validade de conteúdo do instrumento.

1- *Cuidado de Comunidades* (11 questões);

2- *Cuidados de Indivíduos e Famílias, Avaliação e Implementação* (25 questões);

3- *Atendimento Psicológico* (9 questões)

4- *Cuidados de Populações Vulneráveis* (6 questões), (ICN,WHO, 2009).

PARTE III- Validação de aparência das competências nas 4 áreas de domínio, ou seja, das 51 competências de resposta do "ICN Framework of Disaster Nursing Competencies".

Para a validação de conteúdo e aparência, os juízes assinalaram a seguinte valoração, admitindo-se marcar apenas uma das respostas:

1- *Inadequada* 2- *parcialmente adequada*, 3- *adequada* e 4- *totalmente adequada*, assinalando seus escores em cada quesito para validação de conteúdo da competência.

PARTE IV- Espaço para os juízes descreverem seus comentários, opiniões e sugestões como: 1- Itens necessários, porém ausentes no instrumento;

2- Itens desnecessários no instrumento

3- Comentários e/ou Sugestões

d) Análise dos dados:

Para a análise quantitativa da validação dos juízes foi calculada a adequação da representação comportamental dos itens. Com vistas a essa análise, reagrupou-se as opções de respostas de 1, 2, 3 e 4. A resposta de cada juiz variou de 1 a 4 e quanto mais próxima de 4, maior a concordância de que o item era pertinente.

Os resultados do Índice de Validade de Conteúdo atribuídos pelos juízes foram organizados, tabulados e analisados por meio de estatística descritiva. As respostas que indicaram um nível específico de concordância ou discordância para cada competência foram pontuadas e somadas, gerando uma pontuação total.

As variáveis categóricas foram descritas por frequências relativas. Para a estratégia da validação de conteúdo, foi utilizada o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA) preconizados por Rubio, et al. (2003).

O IVC é destinado a avaliar o conteúdo dos itens/instrumento em relação à representatividade da medida, é considerado válido quando ao computar as avaliações de juízes se obtém índice de 80% de aprovação (RUBIO et al., 2003; POLIT; BECK, 2011).

A IRA é destinada a avaliar a extensão em que os juízes são confiáveis nas avaliações dos itens referentes ao contexto estudado e ocorre a partir da divisão dos itens que obtiverem acima de 80% (0,8) de concordância entre os avaliadores pelo total de itens do instrumento, ou seja, 51 competências. O resultado disso é novamente dividido pelo total de itens de cada domínio (RUBIO et al., 2003).

Após a avaliação dos juízes com a proposta de alteração dos itens, foi elaborada a versão 2 do instrumento. Essa versão foi reencaminhada aos mesmos juízes para uma nova avaliação, conforme as propostas requeridas. Na primeira rodada, as competências que atingiram IVC mínimo de 80% foram separadas para compor a versão final do instrumento, exceto aquelas que receberam sugestões e foram modificadas e submetidas para apreciação dos juízes. As competências com IVC inferior a 75% em todos os seus quesitos foram excluídas do instrumento. Aquelas que atingiram o percentual mínimo no IVC de 75% em pelo menos um dos seus quesitos, foram reavaliadas e modificadas considerando os comentários, opiniões e sugestões descritas pelos juízes. Essas competências compuseram o instrumento que foi reenviado para a segunda rodada. A validação de conteúdo e aparência foi finalizada com 41 competências compondo o instrumento com um IVC de no mínimo 80% em todos os seus quesitos avaliados (POLIT; BECK, 2011).

4.3.2. Etapa 2

a) Aplicabilidade e Confiabilidade do Instrumento de Avaliação

Para verificar a aplicabilidade do IA, foi enviado a 608 enfermeiros sendo 350 SAMU RS e 253 SC o IA na forma de teste. Para avaliar a confiabilidade como reteste o IA foi reenviado a uma amostra dos primeiros enfermeiros que retornaram o instrumento respondido após 15 dias.

b) Participantes

Os participantes dessa etapa foram enfermeiros atuantes no SAMU do Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Para avaliação da aplicabilidade e confiabilidade da validade fatorial do instrumento, faz-se necessário que haja no mínimo 7 repetições para cada questão (TERWEE et al., 2007). Considerando que o instrumento foi validado com 41 competências, estimava-se uma amostra de $n=287$ enfermeiros para teste e $n=17$ para o reteste.

Os enfermeiros selecionados são atuantes no SAMU e aceitaram participar da pesquisa. Os enfermeiros que não retornaram à solicitação de participação após 3 tentativas ou não aceitaram participar da pesquisa, foram excluídos.

c) Coleta dos dados:

Para a aplicação do IA aos enfermeiros do SAMU e obtenção de seus e-mails individuais, entrou-se em contato com os gestores do SAMU SC (SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina) e SAMU RS (Núcleo de Educação Permanente e Ouvidoria NEPO) e após preenchimento dos requisitos solicitados pelos serviços, obteve-se a autorização e os endereços de e-mails (ANEXO A e B).

Para coleta dos dados, o instrumento foi enviado por ambiente virtual Google Drive através do e-mail individual de cada enfermeiro. Os gestores dos serviços do SAMU RS e SC comunicaram os enfermeiros sobre nossa pesquisa, assim ao enviarmos a carta convite e o TCLE para explicar aos participantes os objetivos da pesquisa, foi mais fácil a compreensão. Após leitura e estando de acordo com os termos nele contidos, o participante clicava na opção de aceite e acessava o Instrumento para ser respondido, direcionando para a primeira parte, com questões para caracterização dos participantes, em seguida abria-se as questões contendo as competências para as quais o enfermeiro indicava seu nível de proficiência.

Com relação à pontuação dos itens do instrumento, foi utilizada a escala tipo Likert de

5 pontos, adaptada do Self-Assessment Tool for Community Health Nurses Working with First Nations and Inuit Health Branch Ottawa (HEALTH CANADA 2001). Essa escala foi utilizada para verificar a relação do grau de proficiência do enfermeiro com a competência descrita:

- 0- Leigo: não possui nenhum conhecimento ou experiência;
- 1- Novato: possui algum conhecimento, mas não possui experiência;
- 2- Aprendiz: possui algum conhecimento e alguma experiência;
- 3- Competente: possui o conhecimento necessário e também experiência prática;
- 4- Proficiente: possui extenso conhecimento e ampla experiência.

A confiabilidade de um instrumento para coleta de dados e sua coerência, determinada através da constância dos resultados, se refere ao grau em que sua repetida aplicação, ao mesmo sujeito ou objeto, produz resultados iguais. Considerando um nível de significância de 5%, poder de 90% e um coeficiente de correlação intraclassa (ICC) mínimo de 0,7, estimou-se um n=17 enfermeiros para o reteste, após 15 dias do seu preenchimento inicial (COZBY, 2003).

d) Análise dos dados

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica, conforme distribuição dos dados.

Para a análise do IA, os testes realizados para verificar as propriedades psicométricas do instrumento foram:

- a) o coeficiente alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos itens que compõem a escala (total e de cada domínio);
- b) aplicabilidade e confiabilidade teste-reteste com o uso do teste t para amostras emparelhadas e coeficiente de correlação intraclasse (ICC);
- c) validade fatorial através da análise fatorial com rotação Varimax e extração dos fatores por componentes principais.

Para análise de verificação da validade aplicabilidade do IA, também foram examinadas associações entre as variáveis relacionadas ao tempo e experiência profissional com os domínios do instrumento, o que determinou a validade de constructo. Essas associações foram avaliadas pelos testes t-student e Análise de Variância (ANOVA) one-way complementada pelo teste de Tukey.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 e o nível de significância adotado foi de 5%.

Segundo Hair et al. (1998), cargas fatoriais abaixo de 0,3 apontam para a eliminação do item, entre 0,3 e 0,5 encontram o valor mínimo necessário para permanecer no instrumento, mas com moderada influência no seu fator e acima de 0,5 são consideradas estatisticamente significativas e devem permanecer no instrumento no fator a qual a carga pertence. Uma medida de adequação da análise fatorial, KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) demonstrou bom grau de intercorrelação entre as variáveis, visto que foi de 0,95. Segundo Hair et al (1998), valores acima de 0,8 indicam boa adequação da amostra para realizar a análise fatorial.

4.4 Aspectos Éticos

Os princípios éticos foram preservados em todos os momentos do estudo, conforme prevê a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). A todos os participantes foram garantidos o sigilo, o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse. Foi garantido aos participantes

que a pesquisa não trará risco a sua integridade física, podendo trazer algum desconforto emocional caso venha a se lembrar de alguma situação envolvendo o atendimento em desastres.

Para garantir o anonimato, os participantes Juízes foram representados pela letra J e o número de ordem do retorno das respostas, ex: J1, J2. Os enfermeiros do SAMU foram representados pela sequência numérica da data de resposta e horário. Ex. (15/01 10:12) S1 e (16/01 14:20) S2. Caso viesse a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, os participantes poderiam entrar em contato pelos telefones ou pelos e-mails disponíveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice D).

O projeto foi registrado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EE) e, posteriormente submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através da Plataforma Brasil com o parecer CAAE 51552515.0.0000.5347.

A pesquisa possui autorização da gestão dos serviços do SAMU-SC - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), (Anexo A) e do SAMU/ RS pelo Núcleo de Educação Permanente e Ouvidoria (NEPO) (Anexo B).

5 RESULTADOS

Os resultados desta investigação serão apresentados seguindo-se as etapas: I de verificação de validade de conteúdo e aparência e II de aplicabilidade e confiabilidade do instrumento.

5.1 Etapa 1 - Verificação de Validade de Conteúdo e Aparência

Os participantes dessa etapa foram 8 enfermeiros selecionados como juízes sendo 3 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com idade entre 34 e 55 anos, todos com experiência profissional na assistência e docência, com tempo de atuação de 5 a 32 anos na área da assistência e 3 a 20 anos na docência. Todos os participantes atuavam em universidades e possuíam título de doutor sendo que 1 possuía pós doutorado. Outro aspecto relevante é que 3 participantes possuíam vínculo concomitante com o SAMU. Os juízes representam todas as regiões do país, sendo 2 do Nordeste, 1 do Centro-Oeste, 3 do Sudeste e 1 da Região Sul. Seis eram membros de Grupos de Preparação e Resposta a Desastres, sendo 4 na Força Nacional do SUS (FN-SUS), 1 no Corpo de Bombeiros Militares e 3 de grupos de Instrução e Consultorias.

5.2.1 Primeira rodada

A- Validação de Conteúdo

Para identificar a adequação do instrumento quanto à validade de conteúdo e a compreensão dos itens quanto aos quesitos: *exequibilidade, objetividade, simplicidade, clareza, pertinência e precisão*, a pontuação atribuída pelos juízes indicou um nível específico de concordância ou discordância para cada competência na primeira e segunda rodadas.

O IVC é um indicador de validação da concordância entre os juízes. A pontuação total da primeira rodada, descrita por frequências relativas encontra-se no APENDICE 5. Das 51 competências avaliadas, 29 apresentaram IVC superior a 80% em quase todos os quesitos ao considerar cada critério separadamente. Esse nível foi estabelecido como mínimo para caracterizar os itens como válidos conforme observa-se na Tabela 1.

Tabela 1- Competências com Índice de Validade de Conteúdo de no mínimo de 80% em todos os seus quesitos avaliados na primeira rodada. Porto Alegre, 2017

DOMINIO	COMPETÊNCIAS
A) Cuidados com a Comunidade	<p>2- Coleta dados sobre lesões e doenças conforme necessário.</p> <p>3- Avalia as necessidades de saúde e recursos disponíveis na área afetada pelo desastre para atender as necessidades básicas da população.</p> <p>4- Colabora com a equipe de resposta a desastres para reduzir os perigos e riscos nas áreas afetadas pelos desastres.</p> <p>5-Compreende como priorizar o cuidado e gerenciar múltiplas situações.</p> <p>6-Participa de estratégias de prevenção, como em atividades de vacinação em massa.</p> <p>7-Colabora com organizações de ajuda humanitária para atender às necessidades básicas da comunidade (por exemplo, abrigo, comida, água, cuidados de saúde)</p> <p>11-Participa efetivamente de uma equipe multidisciplinar.</p>
B) Cuidados do indivíduo e família	
B.1) Avaliação	<p>3-Reconhece sintomas de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes.</p> <p>7-Reconhece necessidades de saúde e de saúde mental dos prestadores de cuidados e faz encaminhamentos adequados.</p>
B.2) Implementação	<p>3-Aplica princípios de triagem aceitos quando estabelece os cuidados com baseados em situações de desastre e recursos disponíveis.</p> <p>4-Adapta padrões de prática de enfermagem, conforme necessário, com base em recursos disponíveis e as necessidades de cuidado do paciente</p> <p>5-Cria um ambiente seguro para assistência ao paciente</p> <p>6-Prepara os pacientes para o transporte e executa com segurança</p> <p>7-Administra medicamentos, vacinas e imunizações com segurança.</p> <p>8-Implementa princípios de controle de infecções e barreiras para evitar a propagação de doenças.</p> <p>10-Provê cuidados sem julgamentos morais.</p> <p>11-Mantém a segurança pessoal e a segurança de outras pessoas na cena de um desastre.</p> <p>12-Documenta o cuidado de acordo com os procedimentos de desastre.</p> <p>13-Provê cuidados de uma forma que respeite a diversidade dos antecedentes culturais, sociais e espirituais dos indivíduos.</p> <p>14-Gerencia os cuidados dos óbitos de uma maneira que respeite as crenças culturais, sociais e espirituais da população como a situação permite.</p> <p>15-Gerencia atividades de cuidados de saúde prestada por profissionais de saúde e/ou voluntários.</p>

C) Atendimento psicológico	16-Trabalha com indivíduos e agências adequadas para ajudar os sobreviventes a se reconectar com os membros da família e entes queridos.
	17-Defende a garantia do acesso aos cuidados para sobreviventes e socorristas
D) Cuidados de populações vulneráveis	2- Compreende o impacto psicológico de desastres em adultos crianças, famílias, populações vulneráveis comunidades.
	4- Usa comunicação terapêutica de forma eficaz em uma situação de desastre.
	7- Aplica intervenções de saúde mentais adequadas e inicia encaminhamentos necessários
	9- Identifica sobreviventes e socorristas que requerem apoio de enfermagem em saúde mental adicional e encaminha a recursos apropriados.
	1-Descreve as populações vulneráveis em risco como resultado de um desastre e Identifica implicações para a enfermagem, incluindo respostas físicas e psicológicas de populações vulneráveis para o desastre; e necessidades únicas e riscos elevados de populações vulneráveis associados ao desastre.
	4-Identifica recursos disponíveis, faz encaminhamentos adequados e colabora com organizações, auxiliando populações vulneráveis a atender às necessidades de recursos.

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira avaliação dos juízes (2017).

Na tabela 2 estão apresentadas as competências que obtiveram o IVC inferior a 75% em todos os seus quesitos e foram excluídas do instrumento.

Tabela 2 – Competências excluídas por IVC inferior a 75% em todos os quesitos. Porto Alegre, 2017

Competências	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
C) ATENDIMENTO PSICOLÓGICO						
1- Descreve as fases da resposta psicológicas ao desastre e respostas comportamentais esperadas.	50%	62,5%	50%	62,5%	62,5%	62,5%
3- Oferece apoio psicológico apropriado para sobrevivente e prestadores de cuidados.	62,5%	75%	50%	62,5%	62,5%	62,5%
D) CUIDADOS DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS						
2-Cria ambientes de vida que permitem que as populações vulneráveis possam funcionar de forma independente quando possível.	50%	62,5%	62,5%	62,5%	75%	62,5%

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira avaliação dos juízes (2017).

Na tabela 3 estão apresentadas as competências que obtiveram IVC mínimo de 75% em alguns dos quesitos.

Tabela 3 – Competências para reavaliação com Índice de Validade de Conteúdo inferior a 75% em alguns dos quesitos. Porto Alegre, 2017

Competências	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
A) Cuidados com a Comunidade						
1- Descreve as fases de resposta da comunidade aos desastres e suas implicações para as intervenções de enfermagem.	87,5%	75%	62,5%	62,5%	75%	62,5%
8-Oferece educação na comunidade sobre implicações do desastre na saúde.	87,5%	87,5%	87,5%	75%	87,5%	75%
9-Avalia o impacto das intervenções de enfermagem em diferentes populações e culturas e usa os resultados da avaliação para tomar decisões baseadas em evidências.	75%	75%	87,5%	87,5%	75%	75%
10-Gerencia recursos e suprimentos necessários à prestação de cuidados na comunidade.	75%	75%	62,5%	100%	100%	87,5%
B) Cuidados do Indivíduo e Família						
B.1) Avaliação						
1- Executa uma avaliação rápida da situação de desastre e das necessidades de cuidados de enfermagem.	87,5%	75%	75,5%	75%	75%	75%
2-Identifica uma história de saúde e avaliação adequadas que incluem respostas físicas e psicológicas aos desastres.	100%	87,5%	87,5%	75%	87,5%	87,5%
4-Descreve os sinais e sintomas de exposição a agentes químicos, biológicos, radiológicos nucleares e explosivos.	62,5%	62,5%	62,5%	87,5%	87,5%	62,5%
5-Identifica padrões alterados ou grupo de doenças e lesões que podem indicar a exposição a substâncias biológicas ou outros, associados aos desastres.	87,5%	75%	75%	75%	75%	75%
6-Determina necessidade de descontaminação, isolamento ou quarentena e toma as medidas apropriadas.	75%	75%	75%	87,5%	87,5%	75%
B.2) Implementação						
1-Implementa intervenções de enfermagem adequadas, incluindo atendimento de emergência e trauma de acordo com princípios científicos aceitos	75%	87,5%	87,5%	75%	75%	75%
2-Aplica o pensamento crítico, flexível e criativo para criar soluções na prestação de	87,5%	87,5%	87,5%	75%	87,5%	87,5%

cuidados de enfermagem para atender necessidades de cuidados identificadas e antecipadas decorrentes do desastre.

9-Avalia os resultados das ações de enfermagem e revisa o cuidado, conforme necessário.	87,5%	75%	75%	75%	75%	75%
18-Referencia sobrevivente para outros grupos ou agências, conforme necessário.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	75%	87,5%
C) Atendimento Psicológico						
5- Identifica respostas comportamentais de um indivíduo para o desastre e fornece intervenções apropriadas conforme necessário (por exemplos, psicológico, primeiros socorros.)	75%	75%	75%	75%	75%	75%
6- Reconhece a diferença entre resposta de adaptação para o desastre e respostas inadequadas.	87,5%	75%	87,5%	75%	87,5%	75%
8- Identifica estratégias de enfrentamento adequadas para sobreviventes, familiares prestadores de cuidados.	75%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
d) Cuidados de Populações Vulneráveis						
3-Defende as necessidades das populações vulneráveis.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	75%	87,5%
5-Implementa o cuidado de enfermagem que reflita as necessidades das populações vulneráveis afetadas por um desastre.	75%	87,5%	87,5%	87,5%	75%	75%
6-Consulta com os membros da equipe de saúde para assegurar a continuidade do cuidado no atendimento das necessidades de cuidados especiais.	87,5%	75%	75%	75%	87,5%	87,5%

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira rodada dos juízes (2017).

B- Índice de Fidedignidade ou Concordância Inter Avaliadores (IRA).

Os resultados do Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA) mede a concordância entre os avaliadores, com os itens do instrumento pelo total de quesitos de cada domínio. Na tabela 4 estão apresentados os domínios que obtiveram IRA menor de 80% em alguns de seus quesitos avaliados.

Tabela 4 – Índice de fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA) na primeira rodada. Porto Alegre, 2017.

Domínio	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
1) Cuidados com a comunidade	----	72,7%	----	-----	----	72,7%
2) Cuidados do indivíduo e família	72%	-----	-----	76%	-----	76%
2.1) Avaliação						
3) Atendimento Psicológico	55,6%	55,6%	66,7%	55,6%	66,7%	55,6%
4) Cuidados de populações vulneráveis	66,7%	66,7%	66,7%	66,7%	50,0%	66,7%

Fonte: Elaborados a partir dos dados obtidos na primeira rodada de validação dos juízes (2017).

C- Validação de Aparência

O instrumento apresentou uma concordância total de 75% na validação de aparência, em 2 domínios. Na tabela 5 estão representados os domínios que obtiveram porcentagem inferior a 80% em alguns dos quesitos avaliados na validação de aparência do instrumento realizada pelos juízes.

Tabela 5 – Domínios que obtiveram em alguns dos seus quesitos da Validação de Aparência valor inferior a 80%. Porto Alegre, 2017.

Competências	Apresentação	Clareza das afirmações	Facilidade na leitura	Interpretação	Total
2) Cuidados do indivíduo e família	75%	75%	-----	-----	-----
3) Atendimento Psicológico	-----	-----	-----	50%	75%

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira rodada de validação dos juízes (2017).

Os domínios 1. Cuidados com a comunidade e 4. Cuidados de populações vulneráveis, obtiveram valores do IVC no mínimo de 80% em todos os quesitos avaliados.

D- Sugestões dos juízes

Apesar dos valores do IVC apresentados na tabela 3 possuírem alguns dos quesitos com avaliação inferior aos preconizado na literatura, não foram excluído do instrumento nesta rodada. Foi oferecido aos juízes um espaço para comentários em que pudessem descrever suas opiniões e sugestões como: itens necessários, porém ausentes no instrumento; itens desnecessários no instrumento e também sugestões que foram considerados para a decisão de exclusão e/ou modificação das competências em cada domínio.

No domínio, Cuidado do Indivíduo e Família na fase de **avaliação**, para a competência 3 foi apresentado o seguinte comentário:

J7- Acredito que o papel dos Enfermeiros é indispensável e crucial nestes casos, considerando as especificidades que competem a sua profissão. Nestas situações de desastre, identificar sinais e sintomas alterados, ajudará a tomada de medidas para reduzir a exposição das vítimas, em casos de doenças transmissíveis.

Com base na sugestão de que a competência deveria abordar o verbo identificar em vez de reconhecer, houve alteração, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2 – Competências, que sofreram mudança, segundo as sugestões dos juízes. Domínio Cuidado do Indivíduo e Família- Avaliação. Porto Alegre, 2017

Competência inicial - 1ª rodada	Competências modificada com sugestões
3-Reconhece sintomas de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes.	3-Identifica sinais e sintomas alterados de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes.

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira rodada de validação dos juízes (2017).

Esta competência obteve IVC mínimo de 80% em todos os seus quesitos e também recebeu sugestões dos juízes e foi modificada.

No domínio cuidado do indivíduo e família, na fase de implementação, foram apresentados comentários sobre itens necessários, porém ausentes no instrumento para as competências 1, 2, 3 e 4.

J8- inserção da importância do Enfermeiro nas ações de educação permanente das equipes socorristas, visto que as equipes brasileiras não são tão bem preparadas, considerando um contexto geral.

J5- o enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem nos serviços de saúde, precisa estar ciente da sua responsabilidade de preparar a equipe, a utilização de protocolos e a educação permanente deve ser considerado o foco principal para o sucesso da assistência.

J3- é importante falar da enfermagem baseada em evidências, bem como da classificação de riscos, pois enfermeiro classifica não faz escolhas, triagem.

As sugestões de abordar a utilização de protocolos e a enfermagem baseada em evidências foram adotadas para modificação das competências 1 e 2, visando melhorar a concordância entre os juízes em alguns quesitos que não obtiveram IVC mínimo 80%. Já as competências 3 e 4 obtiveram um IVC de no mínimo 80% em todos os seus quesitos e também receberam sugestões da classificação de risco e da educação permanente que contribuíram para melhorar exequibilidade e simplicidade das competências para o instrumento.

Quadro 3 - Competências, que sofreram mudanças, segundo as sugestões dos juízes. Domínio Cuidado do Indivíduo e Família- implementação. Porto Alegre, 2017.

Competência inicial - 1ª rodada	Competências modificadas com sugestões
1-Implementa intervenções de enfermagem adequadas, incluindo atendimento de emergência e trauma de acordo com princípios científicos aceitos	1-Conhece os protocolos de atendimento de emergência em trauma.
2-Aplica o pensamento crítico, flexível e criativo para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem para atender necessidades de cuidados identificadas e antecipadas decorrentes do desastre.	2-Aplica as ações baseadas em evidências para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem que minimizem a resposta aos desastres.
3-Aplica princípios de triagem aceitos quando estabelece os cuidados com baseados em situações de desastre e recursos disponíveis.	3-Aplica princípios da classificação de risco, quando os recursos disponíveis não contemplam as necessidades de prestação cuidados de todas as vítimas dos desastres.
4-Adapta padrões de prática de enfermagem, conforme necessário, com base em recursos disponíveis e as necessidades de cuidado do paciente.	4-Adapta padrões de prática de enfermagem, promovendo a educação permanente, conforme necessário, com base em recursos disponíveis, para atender as necessidades de cuidado do paciente.

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira rodada de validação dos juízes (2017).

No domínio Atendimento Psicológico, três competências sofreram modificações por sugestões dos juízes.

J2- Comentar que no Atendimento Psicológico temos, como enfermeiros, dificuldades para atender com a escuta devida e assistir de forma coerente.

J5- O atendimento psicológico deve ser coordenado por um psicólogo

No quadro 4 apresenta a competência 5 que obteve IVC de 75% em todos seus quesitos e recebeu sugestões dos juízes foi modificado o verbo “identificar” para “encaminhar” tornando-a uma competência mais específica às ações do enfermeiro. As competências 6 e 8 obtiveram IVC 80% em pelo menos um dos quesitos. Foi acrescentado, por sugestões, a expressão “pós desastres” à competência 6 para melhorar a objetividade, clareza e pertinência dos aspectos que obtiveram avaliação insatisfatória. Na competência 8 modificou-se o verbo “identificar” por “conhecer” e foi acrescentado o termo “resiliência”.

Quadro 4- Competências, que sofreram mudanças, segundo as sugestões dos juízes. Domínio Atendimento Psicológico. Porto Alegre, 2017.

Competência inicial - 1ª Rodada	Competência modificada com Sugestões
5- Identifica respostas comportamentais de um indivíduo para o desastre e fornece intervenções apropriadas conforme necessário (por exemplos, psicológico, primeiros socorros.)	5-Encaminha adequadamente as vítimas com reações psicológicas e comportamentais pós desastres para serviços conforme necessidades
6- Reconhece a diferença entre resposta de adaptação para o desastre e respostas inadaptáveis.	6- Reconhece a diferença entre resposta de adaptação e respostas inadaptáveis pós desastres.
8- Identifica estratégias de enfrentamento adequadas para sobreviventes, familiares prestadores de cuidados.	8- Conhece estratégias de enfrentamento (resiliência) na prestação de cuidados aos sobreviventes e familiares.

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira rodada de validação dos juízes (2017).

A seguir apresenta-se no quadro 4 uma competência que foi acrescentada por sugestão dos juízes como necessária, porém ausente no instrumento.

J2- Comentar que no Atendimento Psicológico temos, como enfermeiros, dificuldades para atender com a escuta devida e assistir de forma coerente.

Quadro 5 - Competências acrescentada segundo as sugestões dos juízes. Domínio Atendimento Psicológico. Porto Alegre, 2017.

Competências inicial - 1ª Rodada	Competências acrescentada
Acrescentada	0- Conhece as reações psicológicas e comportamentais que são esperados pós desastres.

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira rodada de validação dos juízes (2017).

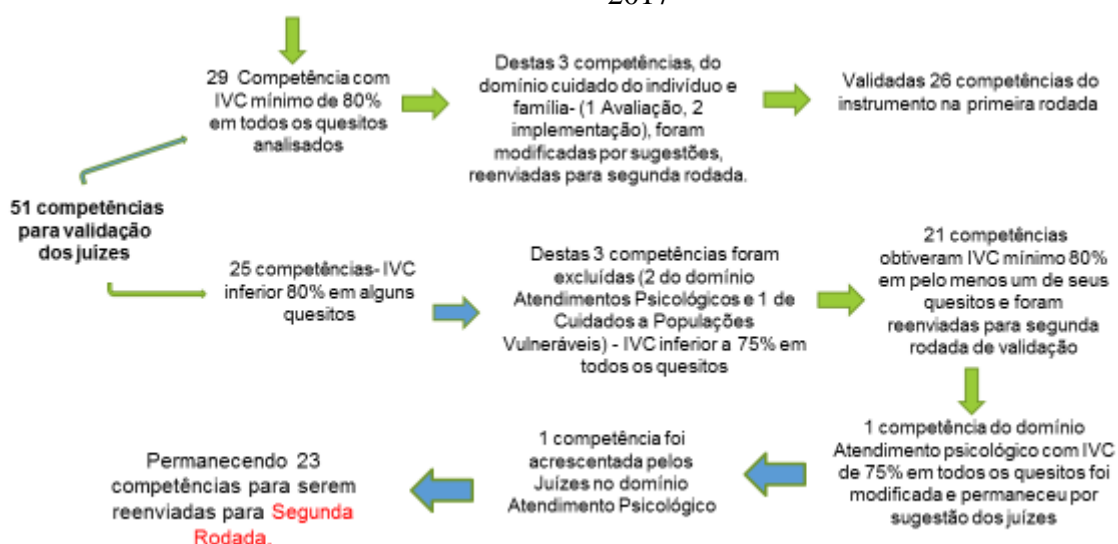
A competência “0” acrescentada passa a ocupar a posição de 1 no domínio Atendimento Psicológico, substituindo a competência 1 excluída.

Das 51 competências analisadas pelos juízes, 29 obtiveram IVC mínimo de 80% em todos os quesitos analisados. Mesmo assim, três dessas competências, do domínio cuidado do indivíduo e família- (1 - Avaliação, 2 - implementação), foram modificadas por sugestões dos juízes. Essas competências foram reenviadas com as demais competências que não obtiveram concordância. Na primeira rodada, foram validadas 26 competências que farão parte do instrumento após finalização dessa etapa.

Em relação às demais 25 competências, três foram excluídas (2 do domínio Atendimentos Psicológicos e 1 de Cuidados a Populações Vulneráveis), pois obtiveram um IVC inferior a 75% em todos os quesitos analisados. Permaneceram 22 competências, dessas 21 obtiveram IVC de no mínimo 80% em pelo menos um de seus quesitos, quatro delas receberam sugestões dos Juízes para serem modificadas, duas do domínio cuidado do indivíduo e família-

implementação (competência 1 e 2) e duas do domínio Atendimento psicológico (competência 6 e 8). Por sugestões dos juízes, a competência 5 do mesmo domínio obteve IVC de 75% em todos os quesitos foi modificada e permaneceu como sendo importante ao instrumento. Classificada pelos juízes como ausentes e necessários ao instrumento foi acrescentada uma competência no domínio Atendimento Psicológica. Assim, a versão 1 do instrumento, com inclusão, exclusão e modificação dos itens se deu por meio da análise para verificação da validade de conteúdo e aparência com base nas respostas dos juízes e 23 competências foram reenviadas para reavaliação na segunda rodada. Conforme fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Resultados da Validação de Conteúdo da primeira rodada. Porto Alegre, 2017



Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira rodada de validação dos juízes (2017).

5.2.2 Segunda Rodada

Nesta segunda rodada, foram reenviadas aos juízes as 23 competências que não obtiveram em pelo menos um de seus itens um percentual mínimo (75%) no Índice de Validade de Conteúdo (IVC), Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA) e a Validação de Aparência do instrumento e que sofreram modificações por sugestões e comentários dos juízes na primeira rodada (APENDICE 4).

A. Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

A pontuação total da segunda rodada, descritas por frequências relativas encontra-se no Apêndice G. Das 23 competências reavaliadas, 15 obtiveram em todos os quesitos avaliados com IVC um mínimo de 80% (Tabela 6).

Tabela 6 - Competências com Índice de Validade de Conteúdo de no mínimo de 80% em todos os seus quesitos. Porto Alegre, 2017.

DOMINIO	COMPETÊNCIAS
A) Cuidados com a Comunidade	1- Descreve as fases de resposta da comunidade aos desastres e suas implicações para as intervenções de enfermagem. 8-Oferece serviços de educação á comunidade para as implicações do desastre na saúde. 10-Gerencia recursos e suprimentos necessários à prestação de cuidados na comunidade.
B) Cuidados do indivíduo e família	
B.1) Avaliação	1- Executa rápida avaliação da situação de desastre e das necessidades de cuidados de enfermagem. 4-Descreve os sinais e sintomas de exposição a agentes químicos, biológicos, radiológicos nucleares e explosivos. 6- Determina necessidade de descontaminação, isolamento ou quarentena em situações de desastres biológicos
B.2) Implementação	1-Conhece os protocolos de atendimento de emergência em trauma. 2-Aplica as ações baseadas em evidências para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem que minimizem a resposta aos desastres. 3-Aplica princípios da classificação de risco, quando os recursos disponíveis não contemplam as necessidades de prestação cuidados de todas as vítimas dos desastres. 4-Adapta padrões de prática de enfermagem, promovendo a educação permanente, conforme necessário, com base em recursos disponíveis, para atender as necessidades de cuidado do paciente. 9-Avalia os resultados das ações dos cuidados de enfermagem prestados para mudança de conduta caso necessário. 18-Encaminha sobreviventes para outros serviços de atendimentos, conforme necessidades.
C) Atendimento psicológico	1- Conhece as reações psicológicas e comportamentais que são esperadas pós desastres. 5-Encaminha adequadamente as vítimas com reações psicológicas e comportamentais pós desastres para serviços conforme necessidades. 6- Reconhece a diferença entre resposta de adaptação e respostas inadaptáveis pós desastres.

Fonte: Elaborados a partir dos dados obtidos na segunda avaliação dos juízes (2017).

Nas tabelas 7 e 8 estão as competências que foram excluídas do instrumento, seja porque obtiveram o IVC inferior a 80% em todos os seus quesitos ou, considerando o IRA e as sugestões dos juízes, mesmo tendo obtido IVC de no mínimo 80% em alguns quesitos.

Tabela 7 - Competências com IVC inferior a 80% em todos os quesitos. Porto Alegre, 2017.

Competências	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
D) Cuidados de populações vulneráveis						
3-Defende as necessidades das populações vulneráveis	75%	62,5	75%	75%	75%	75%

Fonte: Elaborados a partir dos dados obtidos na primeira avaliação dos juízes (2017).

Na tabela 8, estão as competências que obtiveram IVC inferior a 80%, em alguns dos seus quesitos.

Tabela 8 - Competências com Índice de Validade de Conteúdo com IVC inferior de 80% em alguns de seus quesitos. Porto Alegre, 2017.

Competências	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
C) Cuidados com a comunidade						
9-Avalia o impacto das intervenções de enfermagem em diferentes populações e culturas e usa os resultados das avaliações para tomada de decisões baseadas em evidências.	75%	87,5%	87,5%	75%	75%	87,5%
D) Cuidados do indivíduo e família						
B.1) Avaliação						
2-Identifica a história de saúde e realiza avaliações adequadas que incluem respostas físicas e psicológicas aos desastres.	75%	75%	87,5%	75%	75%	87,5%
3-Identifica sinais e sintomas alterados de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes.	87,5%	75%	75%	75%	100%	75%
5- Identifica padrões alterados ou grupo de doenças e lesões que podem indicar a exposição a substâncias biológicas ou outros, associados aos desastres.	87,5%	75%	75%	75%	100%	75%
C) Atendimento Psicológico						
8- Conhece estratégias de enfrentamento (resiliência) na prestação de cuidados aos sobreviventes e familiares.	100%	100%	62,5%	62,5%	100%	75%
D) Cuidados de populações vulneráveis						

5-Implementa o cuidado de enfermagem que reflita as necessidades das populações vulneráveis afetadas por um desastre.	75%	87,5%	87,5%	75%	87,5%	62,5%
6-Discute com os membros da equipe de saúde, cuidados especiais e a continuidade do atendimento as populações vulneráveis.	87,5%	87,5%	100%	62,5%	75%	87,5%

Fonte: Elaborados a partir dos dados obtidos na segunda avaliação dos juízes (2017).

B- Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA)

A tabela 9 apresenta o domínio Cuidados de População Vulneráveis. Entre os demais domínios julgados, esse foi o único que não obteve Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores mínimo de 80% após a segunda rodada em todos os seus quesitos quanto ao IRA.

Tabela 9 - Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA). Porto Alegre, 2017.

Competências	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
4) Cuidados de populações vulneráveis	75%	100%	100%	75%	100%	75%

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na segunda avaliação dos juízes (2017).

C-Validação de Aparência

No julgamento dos juízes quanto a Validação de Aparência, os domínios Cuidados do indivíduo e família e Atendimento Psicológico que foram reenviados para reavaliação, obtiveram valores de concordância de 100% em todos os quesitos avaliados.

D- Complementação Sugeridas

Os domínios Atendimento Psicológico e Cuidados de populações vulneráveis receberam sugestões e comentários adicionais, mais especificamente para serem analisadas para exclusão e/ou modificação das competências.

Domínio: Atendimento Psicológico

No quadro 6 está apresentada a competência que recebeu sugestão dos juízes com comentários como:

J5- Creio que existe um risco de confusão na resposta referente ao apoio psicológico. Pois, temos ações específicas dos psicólogos em situação de emergências e desastres. Como por exemplo, em múltiplas vítimas precisamos ter psicólogo na área verde. E, acho que a enfermagem não possui competências e habilidades para atuar na subjetividade.

Quadro 6 - Competências, que sofreram mudanças, segundo as sugestões dos juízes. Domínio Atendimento Psicológico. Porto Alegre, 2017.

Competência inicial - 2ª Rodada	Competência modificada com Sugestões
6- Reconhece a diferença entre resposta de adaptação e respostas inadaptáveis pós desastres.	6- Aplica intervenções de saúde mentais adequadas e inicia encaminhamentos necessários.

Fonte: Elaborados a partir dos dados obtidos na segunda avaliação dos juízes (2017)

A competência 6 obteve um IVC mínimo 80% em todos os seus quesitos e também recebeu sugestões de modificação dos juízes.

Domínio: Cuidados de populações vulneráveis

As competências 5 e 6 foram citadas como desnecessárias e receberam sugestões dos juízes sobre sua exclusão.

J3- Acho que vulnerabilidade populacional não está o escopo de atuação da enfermagem no contexto de resposta a desastres. Podemos até trabalhar as vulnerabilidades pós evento, como por exemplo temos a doença e, temos vacina. Mas, a população não está vacinada. Então, vamos vacinar e acabar com a susceptibilidade que indiretamente diminuirá a vulnerabilidade.

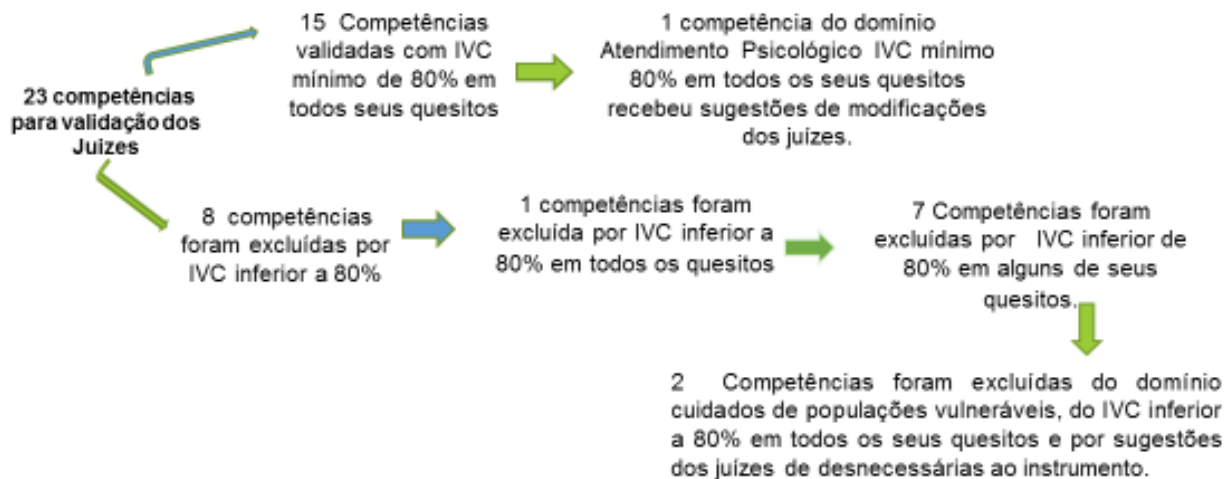
J8- Implementar e discutir o cuidado de enfermagem populações vulneráveis afetadas neste momento de resposta torna-se algo inviável.

J1- populações vulneráveis precisam ser observadas e atendidas antes da ocorrência dos desastres.

A competência 5 obteve IVC de 62,5% nos quesitos exequibilidade e precisão e a competência 6 obteve IVC de 62,5% no quesito clareza, demonstrando a concordância de opiniões dos juízes na análise do IVC e nos comentários e sugestões oferecidas.

Das 23 competências que foram reenviadas aos juízes na segunda rodada, 15 competências obtiveram IVC mínimo de 80% em todos os seus quesitos, destas uma do domínio Atendimento Psicológico foi modificada pois recebeu sugestões dos juízes. Foram excluídas 8 competências sendo 1 competência por IVC inferior a 80% em todos os seus quesitos e 7 competências por IVC inferior a 80% em alguns de seus quesitos e 2 competências do domínio Cuidados de Populações Vulneráveis foram citadas como desnecessárias além do IVC inferior a 80% em todos os seus quesitos. Conforme fluxograma 2.

Fluxograma 2 - Resultados da Validação de Conteúdo da segunda rodada



Fonte: Elaborados a partir dos dados obtidos na segunda avaliação dos juízes (2017).

Permanecendo 26 competências validadas na primeira rodada e 15 competências validadas na segunda rodada, totalizando 41 competências validadas no instrumento de avaliação do atendimento do enfermeiro em desastres.

6.2 Etapa 2 - Aplicabilidade e Confiabilidade do Instrumento de Avaliação

Na etapa II, o instrumento é composto por 41 competências distribuídas nos 4 domínios A- Cuidados à Comunidade com 10 competências; B- Cuidados do indivíduo e família-Avaliação com 4 competências e Implementação com 18 competências; C- Atendimento Psicológico com 7 competências; D- Cuidados de populações vulneráveis: 2 competências. Esse instrumento foi aplicado aos enfermeiros do SAMU RS e SC.

O instrumento foi enviado via Google drive para os e-mails de 608 enfermeiros, sendo 350 pertencentes aos SAMU/RS e 253 enfermeiros SAMU/SC. Desses, 326 retornaram o instrumento, sendo finalizada a coleta e aproveitando todos para melhor consistência do IA. A caracterização dos participantes dessa etapa está apresentada na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição da amostra de profissionais enfermeiros do SAMU RS e SC, segundo características sociodemográficas e laborais. Porto Alegre 2017.

Variáveis	n=326 n (%)
Sexo	
Feminino	206 (63,2)
Masculino	120 (36,8)
Experiência profissional	
Assistência	217 (66,6)
Assistência e Docência	109 (33,4)
Tempo de experiência na Assistência	
0 a 5	37 (11,4)
6 a 10	113 (34,8)
11 a 15	94 (28,9)
16 >	81 (24,9)
Tempo de experiência na Docência	
0 a 5	45 (45,9)
6 a 10	40 (40,8)
11 a 15	7 (7,1)
16 >	6 (6,1)
Maior titulação acadêmica	
Graduação	32 (9,8)
Especialização	252 (77,3)
Mestrado	41 (12,6)
Doutorado	1 (0,3)
Atuação em desastres	
Sim	89 (27,3)
Não	237 (72,7)
Membro de grupo de preparação e resposta em desastres	
Sim	30 (9,2)
Não	295 (90,8)
Recebeu capacitação sobre atendimento em desastres	
Sim	242 (74,2)
Não	84 (25,8)

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na etapa de aplicabilidade (2017).

6.2.1 Análise de Verificação de Aplicabilidade Teste do Instrumento de Avaliação

Nesta pesquisa, a Análise Fatorial foi utilizada para agrupar as competências, originando dimensões, que foram analisadas em conjunto com as dimensões definidas pelos enfermeiros especialistas, verificando correlações e simetrias.

A análise fatorial gerou 3 fatores ao invés dos 4 previamente propostos: **Fator 1.** Agrupa o domínio 1 de Cuidado de Comunidades com a Avaliação do Domínio 2. **Fator 2.** É a implementação do domínio 2 até a questão 15. **Fator 3.** Agrupa desde a questão 16 do domínio 2, mais os domínios 3 e 4. Os itens do domínio 4 de Cuidados de Populações Vulneráveis teriam cargas abaixo de 0,1 no quarto domínio se este fosse permitido. Dessa forma, optou-se pelo agrupamento em 3 domínios (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos resultados da Análise Fatorial em três novos domínios. Porto Alegre 2017.

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO		Fator 1 – Cuidado de comunidades	Fator 2 – Cuidados de Indivíduos e Famílias	Fator 3 – Apoio psicológico e a populações vulneráveis
1. Cuidado de Comunidades				
1-	Descreve as fases da resposta da comunidade ao desastre e as implicações para as intervenções de enfermagem.	0,74		
2-	Coleta dados sobre lesões e doenças, decorrentes de desastres conforme necessário.	0,77		
3-	Avalia as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na área afetada pelo desastre para atender às necessidades básicas da população.	0,76		
4-	Colabora com a equipe de resposta a desastres para reduzir os perigos e riscos na área afetada pelo desastre.	0,72		
5-	Compreende como priorizar o cuidado e gerenciar múltiplas situações.	0,58		
6-	Participa de estratégias de prevenção, como em atividades de vacinação em massa.	0,63		
7-	Colabora com organizações de ajuda humanitária para atender às necessidades básicas da comunidade (por exemplo, abrigo, comida, água, cuidados de saúde).	0,60		
8-	Oferece serviços de educação na comunidade sobre implicações dos desastres na saúde.	0,67		
9-	Gerencia recursos e suprimentos necessários à prestação de cuidados na comunidade.	0,72		
10-	Participa efetivamente de uma equipe multidisciplinar.	0,48		
2. Cuidados de Indivíduos e Famílias –				
2.1 Avaliação				
1-	Executa rápida avaliação da situação de desastre e das necessidades de cuidados de enfermagem.	0,62	0,35	
2-	Descreve os sinais e sintomas de exposição a agentes químicos, biológicos, radiológicos, nucleares e explosivos.	0,67	0,12	
3-	Determina necessidade de descontaminação, isolamento ou quarentena em situações de desastres biológicos.	0,64	-0,03	
4-	Reconhece necessidades de saúde e de saúde mental dos prestadores de cuidados e faz encaminhamentos adequados.	0,62	0,11	
2. Cuidados de Indivíduos e Famílias –				
2.2 Implementação				
1-	Conhece os protocolos de atendimento de emergência em trauma.		0,75	
2-	Aplica as ações baseadas em evidências para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem que minimizem a resposta aos desastres		0,41	
3-	Aplica princípios da classificação de risco, quando os recursos disponíveis não contemplam as necessidades de prestação de cuidados de todas as vítimas dos desastres.		0,57	

4-	Adapta padrões de prática de enfermagem, promovendo a educação permanente, conforme necessário, com base em recursos disponíveis, para atender as necessidades de cuidado do paciente.	0,61	
5-	Cria um ambiente seguro de assistência ao paciente.	0,76	
6-	Prepara os pacientes para o transporte e executa com a segurança.	0,79	
7-	Administra medicamentos, vacinas e imunizações com segurança.	0,73	
8-	Implementa princípios de controle de infecção e barreiras para evitar a propagação de doenças.	0,69	
9-	Avalia os resultados das ações dos cuidados de enfermagem e revisa o cuidado, conforme necessário.	0,68	
10-	Provê cuidados sem julgamentos morais.	0,77	
11-	Mantém a segurança pessoal e a segurança de outras pessoas na cena de um desastre.	0,56	
12-	Documenta o cuidado de enfermagem de acordo com os procedimentos de desastre.	0,40	
13-	Provê cuidados de uma forma que respeite a diversidade dos antecedentes culturais, sociais e espirituais dos indivíduos.	0,48	
14-	Gerencia os cuidados dos óbitos de uma maneira que respeite as crenças culturais, sociais e espirituais da população como a situação permite.	0,58	
15-	Gerencia atividades de cuidados de saúde prestada por profissionais de saúde e/ou voluntários.	0,50	
16-	Trabalha com indivíduos e agências adequadas para ajudar os sobreviventes a se reconectar com os membros da família e entes queridos.	0,20	0,70
17-	Defende a garantia do acesso aos cuidados para sobreviventes e socorristas.	0,29	0,58
18-	Encaminha sobreviventes para outros serviços de atendimento conforme necessário	0,41	0,55

3. Atendimento Psicológico

1-	Conhece as reações psicológica e comportamentais que são esperadas pós desastres.	0,55	
2-	Compreende o impacto psicológico de desastres em adultos, crianças, famílias, populações vulneráveis e comunidades.	0,54	
3-	Usa comunicação terapêutica de forma eficaz em uma situação de desastre.	0,64	
4-	Encaminha adequadamente as vítimas com reações psicológicas e comportamentais pós desastres para serviços conforme necessidades.	0,75	
5-	Reconhece a diferença entre respostas de adaptação para o desastre e respostas inadequadas pós desastres.	0,77	
6-	Aplica intervenções de saúde mentais adequadas e inicia encaminhamentos necessários.	0,75	
7-	Identifica sobreviventes e socorristas que requerem apoio de enfermagem em saúde mental adicional e encaminha a recursos apropriados.	0,71	

4. Cuidados de Populações Vulneráveis

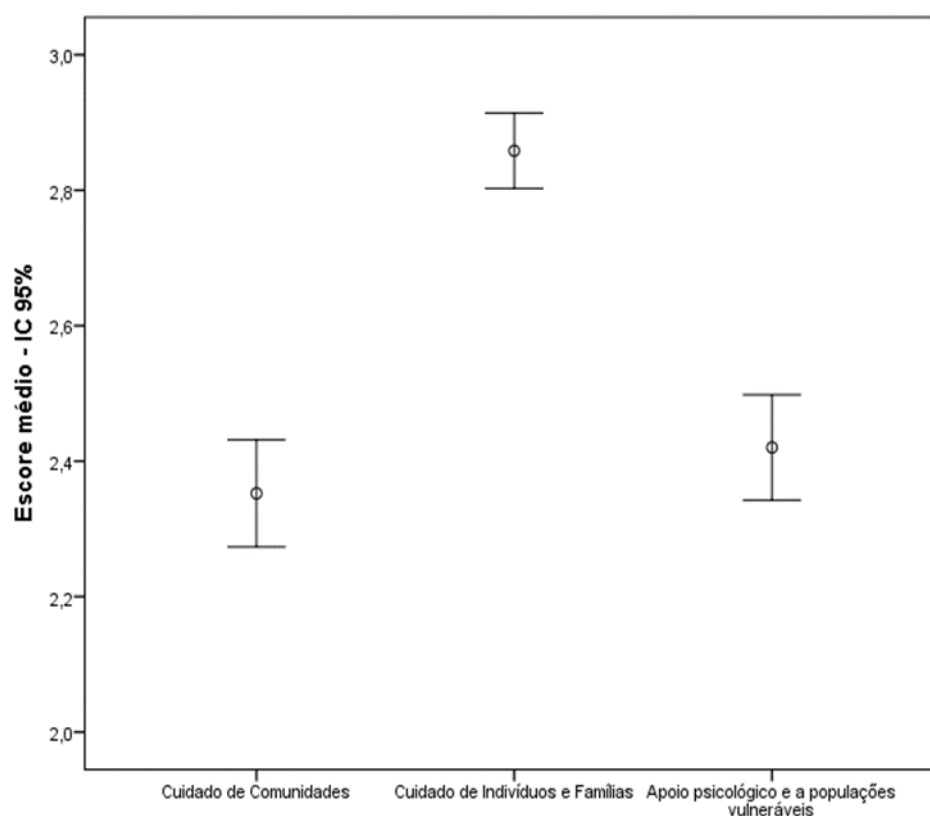
- 1- Descreve as populações vulneráveis em risco como resultado de um desastre e Identifica implicações para a enfermagem, incluindo respostas físicas e psicológicas de populações vulneráveis para o desastre; e necessidades únicas e riscos elevados de populações vulneráveis associados ao desastre. 0,70
- 2- Identifica recursos disponíveis, faz encaminhamentos adequados e colabora com organizações, auxiliando populações vulneráveis a atender às necessidades de recursos. 0,73

Alfa de Cronbach (α)	0,94	0,93	0,94
-------------------------------	------	------	------

Fonte: Elaborados a partir dos dados obtidos na etapa de aplicabilidade (2017).

Os valores de alfa de Cronbach para os 3 domínios gerados representam uma boa consistência interna para os três fatores ($\alpha > 0,92$). Se avaliado o alfa de Cronbach no instrumento total o valor seria de 0,96.

Figura 1 – Médias de comparação entre os domínios do instrumento Porto Alegre, 2017



Fonte: Elaborados a partir dos dados obtidos na etapa de aplicabilidade (2017).

Para comparar os domínios entre si, a Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas complementada pelo teste de Bonferroni foi aplicada. Houve diferença significativa entre os domínios do instrumento ($p < 0,001$), sendo que a maior média encontrada foi no

domínio de Cuidado de Indivíduos e Famílias e a menor média no de Cuidado de Comunidades (Figura 1).

Na tabela 12, está apresentada outra forma para análise de verificação da validade do IA, que examina associações entre as variáveis relacionadas ao tempo e experiência profissional com os domínios do instrumento, o que determina a validade de constructo.

Tabela 12 - Associação entre as variáveis relacionadas ao tempo e experiência profissional com os domínios do instrumento. Porto Alegre, 2017

Variáveis	Total		Domínio de Cuidado de Comunidades		Domínio de Cuidado de Indivíduos e Famílias		Apoio Psicológico e a Populações Vulneráveis	
	Média ±DP	P	Média ±DP	P	Média ±DP	P	Média±DP	P
Experiência profissional		0,030		0,096		0,006		0,183
Assistência	2,49±0,52		2,30±0,69		2,80±0,48		2,49±0,52	
Assistência e docência	2,64±0,60		2,45±0,77		2,97±0,54		2,64±0,60	
Tempo de experiência na assistência		0,008		0,005		0,006		<0,001
0 a 5	2,43±0,46 ^a		2,09±0,56 ^a		2,96±0,49 ^b		2,22±0,69 ^a	
6 a 10	2,49±0,57 ^a		2,26±0,75 ^a		2,89±0,56 ^b		2,31±0,73 ^a	
11 a 15	2,51±0,53 ^a		2,41±0,68 ^{ab}		2,71±0,47 ^a		2,41±0,68 ^a	
16 >	2,72±0,55 ^b		2,54±0,74 ^b		2,94±0,46 ^b		2,69±0,66 ^b	
Tempo de experiência na docência		0,472		0,119		0,678		0,302
0 a 5	2,53±0,66		2,22±0,85		3,05±0,59		2,31±0,86	
6 a 10	2,67±0,57		2,51±0,72		2,91±0,49		2,58±0,69	
11 a 15	2,88±0,43		2,89±0,48		3,05±0,52		2,71±0,53	
16 >	2,69±0,82		2,47±0,83		2,97±0,81		2,65±0,90	
Maior titulação acadêmica		0,277		0,303		0,843		0,141
Graduação	2,49±0,47		2,23±0,66		2,87±0,56		2,37±0,61	
Especialização	2,53±0,54		2,35±0,72		2,85±0,50		2,39±0,70	
Mestrado/ Doutorado	2,67±0,67		2,48±0,78		2,89±0,55		2,62±0,84	
Atuação em desastres		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
sim	2,82±0,43		2,65±0,57		3,07±0,46		2,74±0,54	
não	2,44±0,56		2,24±0,75		2,78±0,51		2,30±0,73	
Membro de grupo de preparação e resposta em desastres		0,007		0,012		0,013		0,051
sim	2,80±0,45		2,67±0,61		3,08±0,52		2,66±0,55	
não	2,51±0,56		2,32±0,73		2,83±0,51		2,39±0,72	
Recebeu capacitação para atendimento em desastres		<0,001		<0,001		0,836		<0,001
sim	2,62±0,52		2,49±0,63		2,85±0,50		2,52±0,67	
não	2,31±0,59		1,95±0,84		2,87±0,54		2,12±0,76	

Fonte: ^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância (2017).

Também está representada na tabela 12 a associação entre as variáveis relacionadas ao tempo e experiência profissional com os domínios do instrumento. Profissionais com assistência e docência apresentaram escores significativamente mais elevados no domínio de Cuidado de Indivíduos e Família e escore total, quando comparados aos com apenas assistência.

Os profissionais com mais de 16 anos de experiência em Assistência apresentam escores significativamente mais elevados em praticamente todos os domínios, exceto no de Cuidado de Indivíduos e Famílias, pois se iguala aos profissionais com menos de 10 anos.

Além disso, profissionais com atuação em desastres apresentaram escores significativamente mais elevados em todos os domínios. Também os que são membros de grupo de preparação e resposta em desastres apresentaram escores significativamente mais elevados em praticamente todos os domínios, exceto no de Apoio psicológico e a populações vulneráveis.

Por fim, os profissionais que receberam capacitação apresentaram escores significativamente mais elevados em praticamente todos os domínios, exceto no de Cuidado de Indivíduos e Família.

Dessa forma, quando comparamos os domínios, dizemos que os profissionais concordam mais com questão de Cuidado de Indivíduos e Famílias e estão mais despreparados para Cuidados de Comunidade.

6.2.2 Confiabilidade na forma de Reteste do Instrumento de Avaliação

Para a avaliar a confiabilidade do Instrumento na forma de reteste, este foi reaplicado em enfermeiros que aceitaram responder novamente na forma de reteste. Sendo enviado a 32 enfermeiros e destes 13 do SAMU SC e 8 SAMU SC aceitaram, a amostra prevista era de 17 enfermeiro mas optou-se em utiliza-los os 21 respondentes, representados os resultados na Tabela 13.

Tabela 13 –Distribuição do resultado da Análise Teste – Reteste (n=21). Porto Alegre, 2017

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO	Teste	Reteste	P	ICC
	Média ± DP	Média ± DP		
1. Cuidado de Comunidades				
1-Descreve as fases da resposta da comunidade ao desastre e as implicações para as intervenções de enfermagem.	2,67 ± 0,48	2,81 ± 0,68	0,083	0,89
2-Coleta dados sobre lesões e doenças, decorrentes de desastres conforme necessário.	2,81 ± 0,51	2,81 ± 0,51	1,000	1,00
3-Avalia as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na área afetada pelo desastre para atender às necessidades básicas da população.	2,91 ± 0,70	2,91 ± 0,70	1,000	1,00
4-Colabora com a equipe de resposta a desastres para reduzir os perigos e riscos na área afetada pelo desastre.	2,76 ± 0,62	2,91 ± 0,70	0,186	0,85
5-Compreende como priorizar o cuidado e gerenciar múltiplas situações.	2,86 ± 0,57	2,91 ± 0,54	0,666	0,75
6-Participa de estratégias de prevenção, como em atividades de vacinação em massa.	2,76 ± 0,70	2,76 ± 0,70	1,000	1,00
7-Colabora com organizações de ajuda humanitária para atender às necessidades básicas da comunidade (por exemplo, abrigo, comida, água, cuidados de saúde).	2,67 ± 0,48	2,67 ± 0,48	1,000	1,00
8-Oferece serviços de educação na comunidade sobre implicações dos desastres na saúde.	2,86 ± 0,57	2,91 ± 0,62	0,329	0,97
9-Gerencia recursos e suprimentos necessários à prestação de cuidados na comunidade.	2,81 ± 0,68	2,86 ± 0,65	0,329	0,97
10-Participa efetivamente de uma equipe multidisciplinar.	2,86 ± 0,57	2,86 ± 0,57	1,000	1,00
11-Executa rápida avaliação da situação de desastre e das necessidades de cuidados de enfermagem.	2,86 ± 0,36	2,86 ± 0,36	1,000	1,00
12-Descreve os sinais e sintomas de exposição a agentes químicos, biológicos, radiológicos, nucleares e explosivos.	2,57 ± 0,60	2,57 ± 0,60	1,000	1,00
13-Determina necessidade de descontaminação, isolamento ou quarentena em situações de desastres biológicos.	3,00 ± 0,63	2,95 ± 0,67	0,329	0,97
14-Reconhece necessidades de saúde e de saúde mental dos prestadores de cuidados e faz encaminhamentos adequados.	2,71 ± 0,64	2,67 ± 0,58	0,576	0,89
Escore Total do domínio 1	2,79 ± 0,42	2,82 ± 0,39	0,110	0,99

Tabela 14 - Distribuição do resultado da Análise Teste – Reteste (n=21). Porto Alegre, 2017

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO	Teste	Reteste	P	ICC
	Média ± DP	Média ± DP		
2. Cuidados de Indivíduos e Famílias				
1-Conhece os protocolos de atendimento de emergência em trauma.	2,71 ± 0,46	2,76 ± 0,54	0,576	0,83
2-Aplica ações baseadas em evidências para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem que minimizem a resposta aos desastres	2,86 ± 0,48	2,86 ± 0,48	1,000	1,00
3- Aplica princípios da classificação de risco, quando os recursos disponíveis não contemplam as necessidades de prestação cuidados de todas as vítimas dos desastres.	3,00 ± 0,71	3,05 ± 0,67	0,329	0,97
4-Adapta padrões de prática de enfermagem, conforme necessário, com base em recursos disponíveis e as necessidades de cuidado do paciente.	2,71 ± 0,72	2,76 ± 0,70	0,329	0,98
5-Cria um ambiente seguro de assistência ao paciente.	2,91 ± 0,70	2,95 ± 0,67	0,329	0,97
6-Prepara os pacientes para o transporte e executa com a segurança.	2,81 ± 0,51	2,86 ± 0,48	0,329	0,95
7-Administra medicamentos, vacinas e imunizações com segurança.	3,00 ± 0,71	2,95 ± 0,67	0,329	0,97
8-Implementa princípios de controle de infecção e barreiras para evitar a propagação de doenças.	2,86 ± 0,57	2,71 ± 0,46	0,186	0,73
9-Avalia os resultados das ações dos cuidados de enfermagem e revisa o cuidado, conforme necessário.	2,86 ± 0,57	2,81 ± 0,60	0,329	0,90
10-Provê cuidados sem julgamentos morais.	2,81 ± 0,51	2,86 ± 0,48	0,329	0,95
11-Mantém a segurança pessoal e a segurança de outras pessoas na cena de um desastre.	2,86 ± 0,73	2,86 ± 0,73	1,000	1,00
12- Documenta o cuidado de enfermagem de acordo com os procedimentos de desastre.	2,76 ± 0,54	2,81 ± 0,51	0,329	0,96
13-Provê cuidados de uma forma que respeite a diversidade dos antecedentes culturais, sociais e espirituais dos indivíduos.	3,00 ± 0,55	3,05 ± 0,50	0,329	0,96
14-Gerencia os cuidados dos óbitos de uma maneira que respeite as crenças culturais, sociais e espirituais da população como a situação permite.	2,86 ± 0,57	2,91 ± 0,54	0,329	0,96
15-Gerencia atividades de cuidados de saúde prestada por profissionais de saúde e/ou voluntários.	2,81 ± 0,68	2,91 ± 0,62	0,162	0,94
Escore Total do domínio 2	2,85 ± 0,41	2,87 ± 0,34	0,419	0,98

Tabela 15 - Distribuição do resultado da Análise Teste – Reteste (n=21). Porto Alegre, 2017

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO	Teste	Reteste	p	ICC
	Média ± DP	Média ± DP		
3. Apoio psicológico e a população vulneráveis				
1 - Trabalha com indivíduos e agências adequadas para ajudar os sobreviventes a se reconectar com os membros da família e entes queridos.	2,91 ± 0,70	2,86 ± 0,73	0,329	0,98
2-Encaminha sobreviventes para outros serviços de atendimento conforme necessário.	3,00 ± 0,71	2,95 ± 0,74	0,329	0,98
3-Defende a garantia do acesso aos cuidados para sobreviventes e socorristas.	2,91 ± 0,62	2,95 ± 0,67	0,329	0,97
4-Conhece as reações psicológica e comportamentais que são esperadas pós desastres.	2,76 ± 0,44	2,81 ± 0,51	0,329	0,94
5-Compreende o impacto psicológico de desastres em adultos, crianças, famílias, populações vulneráveis e comunidades.	3,00 ± 0,71	3,09 ± 0,70	0,329	0,89
6-Usa comunicação terapêutica de forma eficaz em uma situação de desastre.	2,95 ± 0,67	3,05 ± 0,67	0,329	0,88
7-Encaminha adequadamente as vítimas com reações psicológicas e comportamentais pós desastres para serviços conforme necessidades.	2,81 ± 0,60	2,91 ± 0,62	0,329	0,74
8- Reconhece a diferença entre respostas de adaptação para o desastre e respostas inadaptáveis pós desastres.	2,76 ± 0,44	2,86 ± 0,48	0,329	
9-Aplica intervenções de saúde mentais adequadas e inicia encaminhamentos necessário.	2,86 ± 0,65	2,91 ± 0,62	0,329	0,97
10-Identifica sobreviventes e socorristas que requerem apoio de enfermagem em saúde mental adicional e encaminha a recursos apropriados.	2,95 ± 0,67	2,95 ± 0,59	1,000	0,93
11-Descreve as populações vulneráveis em risco como resultado de um desastre e Identifica implicações para a enfermagem, incluindo respostas físicas e psicológicas de populações vulneráveis para o desastre; e necessidades únicas e riscos elevados de populações vulneráveis associados ao desastre.	2,62 ± 0,50	2,67 ± 0,48	0,329	0,95
12-Identifica recursos disponíveis, faz encaminhamentos adequados e colabora com organizações, auxiliando populações vulneráveis a atender às necessidades de recursos.	2,71 ± 0,56	2,76 ± 0,54	0,329	0,96
Escore Total do domínio 3	2,85 ± 0,43	2,90 ± 0,40	0,205	0,97
Escore Total Geral	2,80 ± 0,39	2,83 ± 0,34	0,060	0,99

Em geral não houve diferença significativa entre os escores no teste e reteste e os valores do ICC foram superiores a 0,7. No entanto, no escore total do domínio 1, houve uma diferença significativa entre o teste e o reteste ($p=0,047$). No entanto, o ICC se mostrou adequado. Como o teste t é muito sensível a pequenas diferenças, pode-se afirmar que o instrumento tem boa confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento.

Após validação de Conteúdo e Aparência o Instrumento Validado recebeu o nome por escolha do pesquisador de:

“Instrumento Marin, Avaliação de Competências do Enfermeiro para Resposta em Desastres”

Escala para avaliação do Níveis de Competência

0	LEIGO: você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita
1	NOVATO: você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita
2	APRENDIZ: você possui algum conhecimento e alguma experiência para a competência descrita
3	COMPETENTE: você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita
4	PROFICIENTE: Você possui extenso conhecimento e ampla experiência diretamente relacionada à competência descrita

Fonte: Adaptado de: HEALTH CANADA. Self-assessment tool for community health nurses working with first nations and Inuit Health Branch. Ottawa, 2001.

COMPETÊNCIAS \ DOMÍNIOS	NÍVEL DE COMPETÊNCIA
1- Competências de Comunidades	
1. Descreve as fases da resposta da comunidade ao desastre e as implicações para as intervenções de enfermagem.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
2. Coleta dados sobre lesões e doenças, decorrentes de desastres conforme necessário.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
3. Avalia as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na área afetada pelo desastre para atender às necessidades básicas da população.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
4. Colabora com a equipe de resposta a desastres para reduzir os perigos e riscos na área afetada pelo desastre.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
5. Compreende como priorizar o cuidado e gerenciar múltiplas situações.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
6. Participa de estratégias de prevenção, como em atividades de vacinação em massa.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
7. Colabora com organizações de ajuda humanitária para atender às necessidades básicas da comunidade (por exemplo, abrigo, comida, água, cuidados de saúde).	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)

8.Oferece serviços de educação na comunidade sobre implicações dos desastres na saúde.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
9.Gerencia recursos e suprimentos necessários à prestação de cuidados na comunidade.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
10. Participa efetivamente de uma equipe multidisciplinar.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
11. Executa rápida avaliação da situação de desastre e das necessidades de cuidados de enfermagem.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
12. Descreve os sinais e sintomas de exposição a agentes químicos, biológicos, radiológicos, nucleares e explosivos.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
13. Determina necessidade de descontaminação, isolamento ou quarentena em situações de desastres biológicos.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
14. Reconhece necessidades de saúde e de saúde mental dos prestadores de cuidados e faz encaminhamentos adequados.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
2- Cuidados de Indivíduos e Famílias	
1.Conhece os protocolos de atendimento de emergência em trauma.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
2. Aplica ações baseadas em evidências para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem que minimizem a resposta aos desastres.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
3.Aplica princípios da classificação de risco, quando os recursos disponíveis não contemplam as necessidades de prestação cuidados de todas as vítimas dos desastres.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
4.Adapta padrões de prática de enfermagem, conforme necessário, com base em recursos disponíveis e as necessidades de cuidado do paciente.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
5.Cria um ambiente seguro de assistência ao paciente.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
6.Prepara os pacientes para o transporte e executa com a segurança.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
7.Administra medicamentos, vacinas e imunizações com segurança.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
8.Implementa princípios de controle de infecção e barreiras para evitar a propagação de doenças.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
9.Avalia os resultados das ações dos cuidados de enfermagem e revisa o cuidado, conforme necessário.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
10.Provê cuidados sem julgamentos morais.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
11.Mantém a segurança pessoal e a segurança de outras pessoas na cena de um desastre.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
12. Documenta o cuidado de enfermagem de acordo com os procedimentos de desastre.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
13.Provê cuidados de uma forma que respeite a diversidade dos antecedentes culturais, sociais e espirituais dos indivíduos.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)

14.Gerencia os cuidados dos óbitos de uma maneira que respeite as crenças culturais, sociais e espirituais da população como a situação permite.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
15.Gerencia atividades de cuidados de saúde prestada por profissionais de saúde e/ou voluntários.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
2- Apoio Psicológico e a Populações Vulneráveis	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
1.Trabalha com indivíduos e agências adequadas para ajudar os sobreviventes a se reconectar com os membros da família e entes queridos.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
2.Encaminha sobreviventes para outros serviços de atendimento conforme necessário.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
3.Defende a garantia do acesso aos cuidados para sobreviventes e socorristas.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
4.Conhece as reações psicológica e comportamentais que são esperadas pós desastres.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
5.Compreende o impacto psicológico de desastres em adultos, crianças, famílias, populações vulneráveis e comunidades.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
6.Usa comunicação terapêutica de forma eficaz em uma situação de desastre.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
7.Encaminha adequadamente as vítimas com reações psicológicas e comportamentais pós desastres para serviços conforme necessidades.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
8.Reconhece a diferença entre respostas de adaptação para o desastre e respostas inadequadas pós desastres.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
9.Aplica intervenções de saúde mentais adequadas e inicia encaminhamentos necessário.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
10.Identifica sobreviventes e socorristas que requerem apoio de enfermagem em saúde mental adicional e encaminha a recursos apropriados.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
11.Descreve as populações vulneráveis em risco como resultado de um desastre e Identifica implicações para a enfermagem, incluindo respostas físicas e psicológicas de populações vulneráveis para o desastre; e necessidades únicas e riscos elevados de populações vulneráveis associados ao desastre.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)
12.Identifica recursos disponíveis, faz encaminhamentos adequados e colabora com organizações, auxiliando populações vulneráveis a atender às necessidades de recursos.	Leigo(0) Novato(1) Aprendiz(2) Competente (3) Proficiente (4)

Fonte: Elaborado a partir dos resultados obtidos na validação do instrumento (2017).

7 DISCUSSÃO

7.1 Etapa 1

O presente estudo teve como objetivo principal construir e validar um instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres. O instrumento foi construído e validado contendo 41 competências distribuídas em 3 domínios: 1. Cuidado de comunidades; 2. Cuidados de Indivíduos e Famílias; 3. Apoio Psicológico a Populações Vulneráveis.

O modelo de Pasquali (2010) pareceu ser o mais adequado para a elaboração do instrumento de pesquisa. Apesar de ser oriundo da psicologia e consistir na teoria da elaboração de escalas psicométricas aplicáveis à construção de testes psicológicos de aptidão, de inventários de personalidade, de escalas psicométricas de atitude e do diferencial semântico, esse modelo é observado em pesquisas de enfermagem e envolve a teoria da construção de instrumentos de medida e fenômenos subjetivos, composto de três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos) (MEDEIROS et al., 2015).

As etapas de construção e validação do instrumento desta investigação foram realizadas de acordo com a metodologia sugerida por Bellucci e Matsuda (2012). Realizou-se a construção do instrumento, a avaliação pelos juízes por meio da verificação de validade de conteúdo e aparência e verificação de aplicabilidade e confiabilidade e teste-reteste do instrumento.

Em relação à avaliação de conteúdo e aparência, na primeira rodada de avaliação dos juízes, 29 competências foram validadas e obtiveram uma média de IVC mínimo de 80% em todos os quesitos analisados. Os domínios **Cuidado com a comunidade** e **Cuidado do indivíduo e família** foram os que mais obtiveram competências validadas nessa etapa e maior valoração dos quesitos analisados. De acordo com as competências gerais das diretrizes curriculares da enfermagem referentes à atenção à saúde, os profissionais de enfermagem devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. Para isso, esses profissionais devem observar o ato técnico e a resolução do problema de saúde, de modo individual e coletivo (BRASIL, 2001a).

Para Hammad (2012) os enfermeiros desempenham um papel vital na execução do cuidado e tratamento das vítimas nos serviços de emergências, possuem habilidades e a experiência necessárias para gerenciar efetivamente o cuidado diário, prestado ao indivíduo e à comunidade.

Nesse sentido, observou-se que os juízes, ao validar mais de 50% das competências apresentadas na primeira rodada deste estudo, estão cientes da importância de determinar as competências diante de situações de emergências e desastres, principalmente quando abordados os cuidados à comunidade, indivíduo e família.

De acordo com a American Nurses Association (ANA) (2010) o objetivo das ações do enfermeiro é auxiliar pacientes, famílias e comunidades para melhorar, corrigir ou ajustar as condições físicas, emocional, psicossocial e espiritual pelas quais eles procuram ajuda. No entanto, pouco se entende sobre quais habilidades ou experiência que os enfermeiros precisam para responder as emergências, quando amplificadas por um evento de desastre, que causa efeitos de escassez de equipe e a superlotação nos serviços de saúde.

Das competências validadas na primeira rodada, três foram modificadas por sugestões dos juízes. A competência referente ao domínio cuidado do indivíduo e família, cujo enunciado era *‘reconhece sintomas de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes’*, foi modificada para *Identifica sinais e sintomas alterados de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes*.

Corroborando com essas discussões Kawata et al. (2013) demonstram que a formação e delimitação das competências apresentadas pelos enfermeiros estão em consonância com a realidade dos serviços de saúde. Uma das principais competências do enfermeiro é a Consulta de Enfermagem. Essa atividade é privativa do enfermeiro e propõe identificar situações de saúde, por meio de alguns fatores como os sinais e sintomas observados no exame físico. Além disso, na consulta de enfermagem, é possível prescrever e implementar ações visando a prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Desse modo, a modificação dessa competência adapta-se às atividades realizadas no cotidiano do enfermeiro e nas expectativas realistas da resposta aos desastres, bem como conhecimentos adequados e compreensão das práticas e políticas locais e a equipe de enfermagem irá confiar em sua capacidade de responder de forma eficaz (HAMMAD et. al, 2010).

A competência desse mesmo domínio na fase de implementação foi reformulada de *“Aplica princípios de triagem aceitos quando estabelece os cuidados baseados em situações de desastre e recursos disponíveis”* para *“Aplica princípios da classificação de risco, quando os recursos disponíveis não contemplam as necessidades de prestação de cuidados de todas as vítimas dos desastres”*.

A modificação dessa competência substitui o vocábulo triagem situação onde os profissionais de saúde escolhe qual o paciente será atendido (ANA) pela expressão classificação

de risco foi realizada com base no que preconiza a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2009). A classificação de risco é uma ferramenta utilizada para organizar a fila de espera de modo distinto da ordem de chegada, pois tem objetivos importantes de garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho (BRASIL, 2009).

Também por sugestão dos juízes, acrescentou-se a expressão "a promoção da educação permanente" à competência "*Adaptar padrões de prática de enfermagem, conforme necessário, com base em recursos disponíveis e as necessidades de cuidado do paciente*". Camelo e Angerami (2013), destacam que para o desenvolvimento de competências é fundamental identificar tanto as competências relevantes a certos papéis ocupacionais, como as competências do profissional enfermeiro quanto a contribuição de processos de aprendizagem implementados pelas organizações, como a educação permanente. Somente através da educação, capacitações e treinamentos dos enfermeiros, poderão ser munidos com as competências necessárias para a atuação durante situações de emergências e desastres.

No quadro de competências em desastre do ICN, a educação pertence ao quinto domínio da fase de preparação aos desastres. No entanto, a complexidade dos desastres requer educação para o cuidado em saúde para que os profissionais atuem em todas as fases de um desastre. É extremamente importante ter uma força de trabalho de saúde preparada que responda rapidamente no momento de um evento catastrófico (ICN, 2009). Essa fundamentação subsidia as sugestões dos juízes em modificar e complementar a educação permanente na fase de resposta aos desastres.

Um dos primeiros referenciais de competências para a enfermagem no atendimento em desastres, foi desenvolvido por Gebbie e Quersh (2002), que relaciona competências com ênfase na dimensão educativa do processo de trabalho do enfermeiro. Há a necessidade de exercícios e simulações, além da educação continuada para manter o conhecimento atualizado e habilidades no uso de técnicas e equipamentos. Essa tendência parece ser o que foi indicado, pelos participantes deste estudo em relação à necessidade de preparo dos profissionais, tendo em vista a preocupação com esse tipo de atendimento, cuja área ainda é emergente no Brasil.

Na mesma rodada duas competências do domínio cuidado do indivíduo e família, na fase de implementação, obtiveram IVC inferior a 80% em alguns quesitos e receberam sugestões para modificação. A competência *‘Implementar intervenções de enfermagem adequadas, incluindo atendimento de emergência e trauma de acordo com princípios científicos aceitos’* foi modificada para *“Conhece os protocolos de atendimento de emergência e trauma”*. Para Santos et al (2010), os protocolos de atendimento às emergências possibilitam que a equipe de enfermagem execute um atendimento sincronizado com a equipe médica. Desse modo, o atendimento se torna mais ágil e eficaz. A utilização de protocolos para a enfermagem construído na sistematização da assistência de forma personalizada, proporciona segurança para a equipe e conduz o atendimento com qualidade às vítimas, entre elas as de traumas que surgem a partir de situações críticas, emergenciais como no caso dos desastres.

Para Honório e Caetano (2009) a utilização de protocolos é considerada a mais fundamental das ferramentas gerenciais para enfermagem, devem ter caráter científico para que possam refletir os avanços técnicos, expressando melhor qualidade às ações do cuidado e de gestão. Para Werneck; Faria; Campos, (2009) os protocolos são estratégias fundamentais na organização dos serviços de saúde são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolutividade das ações de saúde, são ferramentas tecnológicas aplicadas no cuidado, pois trazem em sua formulação etapas processuais do saber-agir em enfermagem contribuindo para legitimidade e autonomia profissional.

No Brasil os protocolos são alicerçados nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e atuam no planejamento, implementação e avaliações das ações realizadas e um instrumento de mudanças e de aumento de capacidade crítica dos profissionais, melhorando o desempenho e a postura individual e coletiva, a fim de gerar um trabalho capaz de produzir mais saúde. Nesse sentido, o SAMU se utiliza de protocolos para as intervenções assistenciais que foram construídos a partir da análise de experiências de atendimentos em emergências nacionais e internacionais e da legislação brasileira que rege o exercício profissional das diferentes categorias envolvidas nos cuidados e se concretizam como um importante mecanismo para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2014a).

Dentre os protocolos assistenciais pré-hospitalares nacionais e internacionais mais utilizados nos serviços de urgência e emergência, para designar a primeira hora, que sucede um episódio de trauma, para estabilização dos mecanismos respiratórios, circulatórios, neurológicos e exposição da vítima, podemos citar o protocolo de Suporte básico de vida o ABCDE (A de *airway* (ou via aérea), B de *breathing* (ou respiração), C de *circulation* (ou

circulação), D de *disability* ou (ou incapacidade), E de *exposure* (ou exposição). O protocolo do PHTLS (*Pre Hospital Trauma Life Support*) e o ATCN (*Advanced Trauma Care for Nurses*) que fornecem subsídios para os profissionais realizarem o atendimento primário e secundário do trauma (GENTILE et al, 2011).

Diante disso, a competência que recebeu sugestão dos juízes para a complementação do termo protocolos foi modificada, demonstrando a importância dada pelos juízes da utilização dos protocolos como um dos instrumentos para Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Um dos desafios que a profissão de enfermagem vem enfrentando diz respeito à formação de profissionais competentes e comprometidos com a sociedade e com os respectivos problemas de saúde. A articulação entre teoria e prática, numa visão crítica acerca da realidade, integra os diversos aspectos dos problemas de saúde, considerando a complexidade do indivíduo, o contexto em que vive e trabalha (TRONCHIN, 2008).

A competência “*Aplica o pensamento crítico, flexível e criativo para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem para atender necessidades de cuidados identificadas e antecipadas decorrentes do desastre*” foi modificada para “*Aplica as ações baseadas em evidências para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem que minimizem a resposta aos desastres*” visando melhorar a concordância entre os juízes, principalmente no quesito clareza.

A estrutura de competências para o enfermeiro generalista do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2003) prevê como princípio central para a provisão e gerenciamento do cuidado, que o enfermeiro incorpore resultados de pesquisa válidos e relevantes e outras evidências na prática.

Os elementos da Prática Baseada em Evidências são constituídos pelas técnicas de tomada de decisão clínica, pelo acesso às informações científicas e pela análise da validade dessas informações, principalmente averiguando os graus de eficiência e efetividade que possuem (FRIENDLAND et al, 2001) A enfermagem baseada em evidência requer habilidades que não são tradicionais na prática clínica, pois exige identificar as questões essenciais nas tomadas de decisão, buscar informações científicas pertinentes à pergunta e avaliar a validade das informações (DOMENICO, 2003). Nesse sentido, a alteração dessa competência vem de encontro a necessidade de realizar a consulta de enfermagem adequada realizando o exame físico e anamnese completo para poder realizar o adequado diagnóstico e planejamento e implementação do cuidado.

No domínio Atendimento Psicológico, 3 competências receberam sugestões e comentários, com IVC inferior a 75% em seus quesitos e foram modificadas. A competência *“Identifica respostas comportamentais de um indivíduo para o desastre e fornece intervenções apropriadas conforme necessário”* foi modificada para *“Encaminha adequadamente as vítimas com reações psicológicas e comportamentais pós desastres para serviços conforme necessidades”*.

Os profissionais de saúde mental, possuem formação especializada para lidar com o sofrimento dos dramas coletivos, das histórias individuais e para promoção da saúde das pessoas afetadas por situações de desastres. As intervenções da saúde mental poderão iniciar no momento da ocorrência dos desastres. A “escuta” poderá ser realizadas por todos os profissionais que prestam o atendimento as vítimas (NOAL et al., 2013). O enfermeiro como membro da equipe de atendimento tem papel importante na percepção e no encaminhamento das vítimas com distúrbios psicológicos para os profissionais capacitados caso necessário (MARTINS, 2012).

Nesse sentido, o estudo de Ceballos et al. (2009) abordam que os enfermeiros são chamados a mudar, ou seja, aprimorar as suas competências profissionais, a fim de garantir a saúde das gerações presentes e futuras. Também se destaca a relação dos treinamentos e capacitações que permitem aos enfermeiros aprofundarem seus conhecimentos e habilidades específicos para o desempenho do atendimento na área da saúde mental.

À competência *“Reconhece a diferença entre resposta de adaptação para o desastre e respostas inadaptáveis”* foi adicionado o termo *“pós desastres”* que significa, pós impacto, ou seja, *“começa depois de ocorrido o desastre”* (OCAMPO, 2006, p. 17).

Reconhecer as respostas pós desastres auxiliam os enfermeiros a aprender sobre a nova realidade da população com consequências adaptáveis ou inadaptáveis. A capacidade de se recuperar rapidamente de um desastre é a resiliência. A articulação entre todos os envolvidos é fundamental para agilizar ações e aumentar a resiliência que é influenciada diretamente pela capacidade de adaptar-se à realidade. Além disso, a resiliência orienta as formas de adaptação necessárias para obter uma proteção futura melhor, através da identificação e redução de riscos (ISDR, 2004)

A competência *Identifica estratégias de enfrentamento adequadas para sobreviventes, familiar prestador de cuidados adequados assemelha-se* à competência validada anteriormente. Essa competência recebeu sugestões dos juízes na primeira rodada. Porém, na segunda rodada foi excluída pelo IVC insuficiente para sua validação.

Na primeira rodada outras competências foram excluídas pois obtiveram IVC inferior a 75% em todos os quesitos. No domínio Atendimento Psicológico estas competências foram: *“Descreve as fases da resposta psicológicas ao desastre e respostas comportamentais esperadas”* e *“Oferece apoio psicológico apropriado para sobrevivente e prestadores de cuidados”*. Segundo Ocampo, (2006) quem trabalha com psicologia das emergências e dos desastres terá um papel aliviador da aflição para conseguir a modificação da conduta por meio da terapia psicológica. A atuação desse profissional e dos membros da equipe de saúde são fundamentais para restaurar a capacidade dos afetados e para resolver as situações de estresse decorrentes dos desastres. Oferecer apoio psicológico aos sobreviventes e a sua equipe é uma competência imperceptível realizada no cotidiano do trabalho do enfermeiro.

Em relação ao Domínio Atendimento Psicológico duas competências foram modificadas e uma excluída. Observa-se que nas modificações ocorridas buscou-se melhorar e exemplificar as ações dos enfermeiros. A exclusão de uma competência ocorreu pois foi considerada uma ação não prioritária do enfermeiro. Porém, por sugestões dos juízes como competência necessária e ausente ao instrumento foi inserido *“Conhece as reações psicológicas e comportamentais que são esperadas pós desastres”*. A inclusão desse item corrobora com a literatura científica, e para a prática profissional. Everly (2002) propôs 5 competências aplicáveis tanto aos profissionais da saúde mental, quanto às equipes de assistência: habilidade em diferenciar sintomatologia psicológica benigna e maligna; planejamento; implementação de iniciativas para emergências em saúde mental essenciais para o atendimento em saúde mental; intervenção em situações de crise.

Além disso, destaca-se o estudo de competências de saúde mental para profissionais de saúde para a preparação e resposta em emergências no terrorismo e desastres (IOWA DEPARTMENT OF HEALTH, 2006) que teve como objetivo capacitar membro da equipe de tratamento interdisciplinar em colaboração com médicos, colegas e outros membros da equipe de saúde, fornecendo práticas clínica avançada no atendimento a indivíduos, grupos e famílias; avaliação incluindo história de saúde e desenvolvimento, história psicossocial, física e exames e testes de diagnóstico, envolvem efetivamente pacientes, familiares e outros significativos em planos de cuidados para desenvolver as competências relacionados à saúde mental e medidas de desempenho de cuidados primários no atendimento aos desastres. Este estudo abre espaço para os enfermeiros se capacitarem para desenvolver as competências que envolvem o atendimento inicial às vítimas com alterações na saúde mental em situações de desastres.

Na segunda rodada, o domínio Atendimento Psicológicos, mesmo obtendo IVC adequado para validação, recebeu sugestões para modificação de *“Reconhece a diferença entre resposta de adaptação e respostas inadaptáveis pós desastre”* para *“Aplica intervenções de saúde mentais adequadas e inicia encaminhamentos necessários”*.

Segundo o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-08) (2009, p. 16), calcula-se que para cada vítima afetada por um desastre, há, no mínimo, quatro traumatizados psicologicamente. Essas pessoas necessitam de assistência de profissionais com formação específica, os psicológicos. Esses profissionais estão preparados para atuarem com suporte psicológico especializado. O enfermeiro trabalha com outros profissionais de saúde para determinar os principais riscos de doença e colabora desenvolvendo planos para reduzir o risco identificado em situações de desastres. (ICN, 2009)

O mesmo referencial da ICN, aborda sobre as competências do enfermeiro na fase de resposta. Monitorar continuamente os sobreviventes por sinais de problemas de saúde mental e fazer encaminhamentos conforme necessário, fornece recursos físicos em uma variedade de configurações, sobre condições que requerem uma força de trabalho experiente, qualificada e criativa. Essa abordagem fornece subsídios para o aceite da modificação dessa competência.

No domínio de cuidados de populações vulneráveis, a competência *“Criar ambientes de vida que permitam que as populações vulneráveis possam funcionar de forma independente quando possível”* também foi excluída. Na fase de resposta aos desastres, as competências desempenhadas pelos enfermeiros estão centradas no atendimento, compreendem as ações a serem desenvolvidas para o manejo da emergência minimizando os riscos e reduzindo, ao máximo, suas consequências sobre a saúde. Além disso, envolvem a execução das ações necessárias para uma resposta oportuna e imediata. A criação de ambientes e ambiências está caracterizada como uma ação da fase de reconstrução na gestão dos desastres e é referenciada em documentos nacionais (BRASIL, 2014b) e internacionais (EIRD/ONU, 2004). Na fase de resposta outras prioridades se tornam mais relevantes, sendo essa excluída pelos juízes e aceita como desnecessária ao instrumento.

Na segunda rodada, 23 competências foram reavaliadas pelos juízes. Dessas, 15 foram validadas com IVC mínimo de 80%. O domínio Cuidados do indivíduo e família na avaliação e implementação obteve o maior número de competências validadas também nesta etapa. Segundo Fernandes, (2009), as competências dos enfermeiros estão focadas no cuidado. É necessário haver mudanças para ampliar a visão desses profissionais referente a suas competências, que vão além dos cuidados no fazer gestão e nas atitudes profissionais. A

criatividade e a inovação nos serviços de saúde são fundamentais para o aprimoramento das instituições e para que a enfermagem encontre soluções para o ambiente profissional.

Nesta rodada foram excluídas 8 competências. Sendo que 7 obtiveram IVC inferior a 80% em alguns de seus quesitos e 1 com IVC inferior a 80% em todos os quesitos. Observou-se que as competências excluídas abordavam fatores que não estavam diretamente voltados à assistência às vítimas dos desastres, mas situações que são importantes e necessárias para chegar a este atendimento, como avaliar impactos das intervenções de enfermagem para diferentes populações atingidas, identificar alterações e exposições de substâncias associadas aos desastres, identificar a história de saúde inclui respostas físicas e psicológicas, conhecer estratégias de resiliência e implementar cuidados as populações vulneráveis.

A competência *‘Identifica sinais e sintomas alterados de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes’*. Mesmo recebendo modificações sugeridas na primeira rodada, na segunda foi excluída por IVC insuficiente para validação. Com a exclusão dessa competência percebe-se que os enfermeiros do estudo possuem uma visão limitada sobre fatores de risco quando fazem menção às competências voltadas para o aspecto e características das populações atingidas pelos desastres.

Em situações de desastres, existem alguns riscos mais fáceis de se perceber que outros, pelo fato de que suas manifestações são mais visíveis e se transformam na ocorrência de uma emergência. As características etárias da população são importantes para mapear e dimensionar a vulnerabilidade. Em contextos de riscos de desastres, crianças e idosos representam as pessoas mais vulneráveis devido ao maior tempo de permanência em casa, e também à dificuldade de locomoção autônoma, em função da menor resistência a possíveis ferimentos. Com o conhecimento por parte do enfermeiro dos fatores relacionados à população atingida pelos desastres, haverá melhores resultados na aplicação das competências nos programas de preparação e respostas aos desastres (ICN, 2006, p.13).

Segundo Bandeira et al. (2014) o enfermeiro deve inserir em sua agenda ações que visem conhecer e enfrentar as situações de vulnerabilidade de uma população, quando da ocorrência de desastres. Para interferir nesse patamar de vulnerabilidade, mostra-se importante a interlocução com as organizações sociais e comunitárias, partindo da atenção básica ou mesmo das instâncias de controle social, a fim de que a comunidade compreenda questões que a tornam vulnerável à ocorrência do desastre, podendo, assim, atuar ativamente em sua prevenção e no momento da resposta.

No quadro de competências das ICN (2009), a atuação da enfermagem com as populações vulneráveis está apresentada como o nono domínio da fase de respostas aos desastres, mas também aparece como competência no domínio oito, Atendimento Psicológico e no domínio 10, Individual, Família e Comunidade na fase de Recuperação e Reabilitação. Destaca-se então necessidade de salientar a importância dessas competências aos enfermeiros, sobre as populações vulneráveis para priorizar as avaliações que determinam a prevalência pré-existente de fatores que possam interferir na atuação do atendimento aos desastres.

Além do IVC inferior, essas competências excluídas também foram citadas pelos juízes como desnecessárias no instrumento, o quesito clareza foi o que obteve menor concordância entre os juízes. A expressão Clareza na validação de aparência avalia a redação das competências, ou seja, se elas foram redigidas de forma que o conceito esteja compreensível e se expressam adequadamente o que se espera avaliar (PASQUALI, 2010). O quesito clareza, nesse domínio, demonstra a necessidade de compreensão dos enfermeiros sobre o tema vulnerabilidade ou seja, saber definir *o que, quem e quantos* são os **elementos vulneráveis**, *onde e como* vivem, quais são as relações entre si, para que, a partir disso, se possa trabalhar em medidas efetivas de diminuição da vulnerabilidade (CEPED/RS, 2014).

Da mesma forma, no resultado do Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA) o domínio Cuidados de populações vulneráveis e Atendimento Psicológico obteve concordância insuficiente entre os avaliadores, demonstrando baixa representatividade entre o contexto estudado na segunda rodada. Após as reformulações das competências para reapresentação na segunda rodada, o domínio Cuidados de populações vulneráveis continuou com baixa concordância entre os juízes, confirmado nos resultados do IVC desses domínios que obteve o maior número de competências excluídas do instrumento durante a validação.

O conhecimento dos profissionais sobre as ações do enfermeiro diante de populações vulneráveis e de alterações comportamentais demonstra como um fator de fragilidade e citado com baixa importância dada pelos enfermeiros, isso também reflete no escore menor do ICC na confiabilidade das respostas no reteste, dos enfermeiros participantes.

Na primeira e na segunda rodadas os resultados do Índice de Fidedignidade (IRA) os domínios Cuidados com a comunidade e Cuidados do Indivíduo e Família na Avaliação, obtiveram, nos quesitos simplicidade e pertinência, o maior índice de concordância nas competências avaliadas. Segundo os juízes, o instrumento apresenta vocabulário e estrutura das questões simples. Desse modo, há a facilidade de leitura, pois a ideia apresentada é clara impossibilitando mais de uma interpretação. (ROCHA, 2008). O atributo expressa o que

realmente a competência deseja medir e possibilita a detecção precoce de possíveis erros ou problemas de compreensão de instrumentos (PASQUALI, 2010).

7.2 Etapa 2

Após a validação de conteúdo e aparência, o instrumento passou para segunda etapa de Aplicabilidade e Confiabilidade teste-reteste do instrumento. Na análise fatorial gerou 3 domínios ao invés dos 4 previamente propostos pelo referencial utilizado do ICN 2009.

O primeiro domínio gerado foi então denominado de Cuidado de Comunidades e agrupa as competências do domínio 1 de Cuidado de Comunidades com as competências do domínio 2 de Cuidados de Indivíduos e Famílias, na fase de avaliação. Observa-se a coerência de ações entre as competências agrupadas do novo domínio 1 que contempla 14 competências. O cuidado à comunidade abrange o coletivo. Ao realizar a junção desses domínios, verifica-se que as competências alocadas abordam o processo de cuidado, como sequência dinâmica e sistematizada de ações necessárias e suficientes para a construção, desempenho e validação das atividades do enfermeiro, agregando intervenções específicas, ações complementares de assistir e cuidar, desenvolvidas com o conhecimento prévio da comunidade e também o reconhecimento das necessidades de saúde, para adequação das prioridades na execução das competências necessárias para assistência às vítimas de um desastres(DAILY et al.2010). Os enfermeiros devem atentar-se às competências nas emergências e desastres. Isso é crucial para a segurança do indivíduo, família e toda comunidade reduzindo as barreiras que impedem integralidade e equidade dessas ações.

O segundo domínio denominado Cuidados de Indivíduos e Famílias foi composto das 15 primeiras competências da fase implementação desse mesmo domínio. Essas competências demonstram afinidades de ações que são realizadas pelos enfermeiros quando na implementação do cuidado do indivíduos e família, na prática assistencial. Esse domínio contemplou as competências específicas do cuidado ao indivíduo e a sua família no atendimento aos desastres.

Segundo Danna (2010) os enfermeiros estão nas posições para servir como cuidadores e líderes ao responderem aos eventos que ameaçam a vida. Possuem a responsabilidade de desenvolver as competência e preparação durante o desastre e situações de emergências. Para Deckman et al, (2013), os enfermeiros são capacitados para desempenhar ações gerenciais na saúde e assim exercer a gerência do cuidado ou dos serviços de saúde enfermagem com competência, que envolve a integração do conhecimento, habilidade e atitude para um cuidado

ético, seguro e de qualidade ao ser humano e sua coletividade. Essas competências citadas oferecem subsídios para traçar diretrizes do perfil do enfermeiro que atua nesse ambiente e mobilizar as práticas de cuidado requeridas desse profissional, a criatividade e a inovação nos serviços de saúde, são considerados fundamentais para que ocorra o aprimoramento das competências do enfermeiro na qualidade da assistência.

O terceiro domínio denominado Apoio Psicológico e a populações vulneráveis é composto de 12 competências, agrupa 16 da fase de implementação do domínio de Cuidados de Indivíduos e Famílias e todas dos domínios de Atendimento Psicológico e Cuidados de Populações Vulneráveis. As competências agrupadas nesse domínio demonstraram coerência entre as ações de trabalhar com indivíduos à família e as reações psicológica e comportamentais, associadas ao auxílio prestado as estas populações vulneráveis.

As competências relacionadas nesta etapa no Domínio Apoio Psicológico e a Populações Vulneráveis, demonstra a importância de trabalhar com os indivíduos e se reconectar com os membros da família e entes queridos, encaminhar os sobreviventes, conhecer as reações psicológica e comportamentais dos indivíduos, compreender os impactos psicológicos, usar a comunicação terapêutica, identificar as implicações para a enfermagem, incluindo respostas físicas e psicológicas e recursos disponíveis para o atendimento aos populações vulneráveis. O enfermeiro precisa conhecer e compreender essas competências para desenvolver os cuidados com eficácia e qualidade, a fim de minimizar o risco às vítimas pós-desastres

Segundo Noal et al (2013) ao se abordar a vulnerabilidade se traduz a propensão da população para os impactos negativos dos perigos e dos desastres, identificando as características que aumentam ou diminuem a sua capacidade de preparação para a resposta e recuperação frente a um desastre. O conceito também auxilia a pensar na gestão dos riscos e das perdas potenciais e do conhecimento e a identificação das variáveis envolvidas na análise da vulnerabilidade que possibilitam planejamento das ações no atendimento aos desastres. Para Kutcher et al (2005), a assistência psicológica a populações vulneráveis em situações de crise e emergência são estratégias para a minimização dos danos e prejuízos acarretados pós desastres. O cuidado com a saúde mental e atenção aos indivíduos, especialmente aqueles com ansiedade ou transtornos depressivos como respostas emocionais pós desastres, necessita de intervenção simultaneamente com todas as outras necessidades de saúde da população.

Nos resultados da análise fatorial o fator com melhor escore foi o domínio Cuidado do Indivíduos e Famílias, pois quanto menor a variância dos itens do instrumento mais consistente e, conseqüentemente, mais confiável é o instrumento. Para Hammad (2010), existe

uma expectativa entre a comunidade mais ampla que os enfermeiros de emergência estarão sempre preparados a enfrentar uma situação de desastre. Lidar com emergências é o que eles fazem todos os dias, é o que eles foram treinados para fazer. O que é ignorado, no entanto, é que um evento de desastre ampliará o trabalho cotidiano das emergências e dos enfermeiros, que estarão expostos a grande número de pacientes que se apresentam em períodos mais curtos de tempo. Combinado com isso é o efeito do evento de desastre na comunidade em geral, bem como no indivíduo. O enfermeiro deve possuir a capacidade para responder adequadamente a essa situação, independente do que está ocorrendo a sua volta.

O coeficiente alfa de Cronbach foi satisfatório para os 3 domínios gerados e representa uma boa consistência interna do instrumento. Os enfermeiros reconheceram que, no atendimento em desastres, são imprescindíveis as competências validadas no instrumento, pois configuram conhecimentos específicos articulados à habilidade técnica e segura em suas práticas cotidianas, uma vez que, esses profissionais devem proporcionar qualidade no atendimento em situações de desastres.

Ao realizar a comparação entre os domínios do instrumento entre si, houve diferença significativa entre os domínios do instrumento. A maior média encontrada foi no domínio de Cuidado de Indivíduos e Famílias e a menor média no de Cuidado de Comunidades. Dessa forma, ao comparar os domínios, observa-se que os profissionais concordam mais no que se refere ao Cuidado de Indivíduos e Famílias e estão mais despreparados para Cuidados de Comunidade. Porém, quando comparados aos domínios Atendimento psicológico e a Cuidados de populações vulneráveis, os Cuidados de Comunidade ainda possuem maior quantidade de competências validadas.

É importante ressaltar que, apesar do aumento na quantidade de desastres, o risco sempre foi algo presente na sociedade. O risco ocorre na vida cotidiana, com alterações à saúde do indivíduo e sua família. A execução do cuidado de enfermagem com eficácia, habilidade e atitude para um cuidado ético, seguro e de qualidade ao ser humano e sua coletividade são competências que oferecem subsídios para traçar diretrizes do perfil do enfermeiro que atua nesse ambiente e mobiliza as práticas de cuidado requeridas desse profissional. (FERNANDES et al., 2009).

Outra forma para análise de verificação da validade do Instrumento de Avaliação, examinou associações entre as variáveis relacionadas ao tempo e experiência profissional com os domínios do instrumento, o que determina a validade de constructo. No estudo de Hammad, (2016) os enfermeiros atribuíram sentir-se mais preparados e ter uma expectativa mais clara do

que se espera, porque tinham planos claros ou tinham experiência através de exercícios de desastres múltiplos vítimas. Da mesma forma que a experiência anterior de resposta a desastres, ou a experiência de gerenciamento de situações de emergência, também é atribuída a sentir se mais preparada.

A fase de resposta ao desastre altera a rotina do enfermeiro nos serviços de emergência, aumenta drasticamente a gravidade e quantidade de vítimas para serem socorridas em curto tempo. Isso faz com que os enfermeiros reflitam sobre outras construções de vida, até depois da experiência é vista como uma alteração da vida associada a sentimentos positivos de orgulho e conquista, bem como sentimentos e reações negativas que revelam a natureza traumática da experiência (HAMMAD et al., 2016).

Há a necessidade de uma formação apropriada em caso de desastre, centrada na relevância, na sensibilização, nos aspectos únicos da resposta local e numa abordagem multidisciplinar. A resposta a desastres é diferente e cria um novo conjunto de desafios. Além da experiência cotidiana de trabalhar nos serviços de emergências, inclui uma configuração alterada e outras mudanças, exemplos de enfermeiros que trabalham além do seu escopo habitual de prática e o impacto a longo prazo de participar de uma resposta ao uma situação desastre. Essas descobertas trazem reconhecimento ao fato de que o que constitui um desastre para os enfermeiros que trabalham na emergência se desvia das definições tradicionais de desastre (VENEEMA, 2013).

O resultado das práticas assistenciais do enfermeiro no atendimento em um desastre vem da associação de vários fatores como titulação acadêmica, experiência profissional, tempo de experiência na assistência, atuação em desastres, pertencer a grupos de preparação e participação de capacitação que deverão ser aprimoradas para o enfrentamento de próximas situações.

Para Hammad, (2010) a exposição anterior a eventos de desastre cria uma melhor força de trabalho preparada e mais confiável. Os enfermeiros que atuaram em resposta a desastres tiveram a vantagem de experiência e conhecimento, o que resultou em sentimentos de inadequação e medo diminuídos. Os exercícios e capacitações regulares em desastre irão fornecer conhecimento sobre o que esperar, expectativas realistas e um sentimento de que eles estão preparados para lidar com uma situação no futuro.

A predominância do uso das competências a partir de seus elementos constitutivos, ou seja, de conhecimentos, habilidades e atitudes, que envolve experiências, atitudes e valores

peçoais usados de maneira adequada no desenvolvimento das práticas profissionais nas respostas às situações de emergência e desastres (CAMELO, 2013).

Esses resultados também são percebidos em várias recomendações apresentadas na literatura, destinadas a melhorar a preparação de enfermeiros. Tanto Labrague et al. (2017) quanto Baack e Alfred (2013) sugeriram oferecer aos enfermeiros oportunidades para participar do treinamento de desastres e exercícios para melhorar sua confiança e familiaridade na resposta aos desastres.

Oportunizar treinamento para enfrentamento aos desastres é essencial para o sucesso no desenvolvimento das competências dos enfermeiros em desastres. Para Harrison, (2005), a questão do treinamento e competência da força de trabalho é central para o sucesso de qualquer sistema de saúde pública. Esses aspectos têm a responsabilidade de identificar as necessidades da força de trabalho de saúde e implementar políticas e programas para preencher essas necessidades. Além disso, uma avaliação de níveis de competência e necessidades é essencial para desenvolver e realizar treinamentos apropriados baseados em competências, como também avaliar o impacto desse treinamento na prática.

A educação e treinamentos para os enfermeiros constituem o fundamento da preparação para os desastres, e deve ser baseado em competências. Cada enunciado de competência representa ‘uma combinação complexa de conhecimentos, capacidades e habilidades que são demonstradas por membros de organizações e que são críticas para o seu funcionamento efetivo e eficiente para criar uma força de trabalho preparada para responder apropriadamente a um desastre (WITT e GEBBIE, 2016).

Os enfermeiros são indispensáveis para responder a desastres além disso, essas competências precisam ser reavaliadas continuamente e atualizadas, já que o campo de atendimento de desastres está sempre a ser desenvolvido. Embora nem todos os enfermeiros desejem tornar-se enfermeiro de "desastre", é importante que cada enfermeiro adquira uma base de conhecimento e um conjunto mínimo de competências para planejar e responder a um desastre, de forma oportuna e de maneira apropriada. Assim, os enfermeiros estarão melhor preparados para manter a si, seus colegas, seus pacientes, familiares e suas comunidades mais seguras. (VENEEMA, 2006).

8 CONCLUSÕES

No presente estudo o instrumento com as competências iniciais retiradas dos referenciais propostas no estudo foi apresentado para os juízes participantes da pesquisa, cuja participação ativa permitiu atingir o objetivo principal de construir e validar um instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres. Além da construção e validação do instrumento, pôde-se alicerçar a discussão em relação às competências necessárias para que os enfermeiros possam atuar em situações de desastres e estudar alguns dos fatores relacionados.

O instrumento foi construído a partir do quadro de competências relacionadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros para a enfermagem em desastres. Optou-se em utilizar as 51 competências da fase de resposta que corresponde a etapa de melhor atuação direta do enfermeiro no atendimento aos desastres. Também observou-se que essa referência é a que melhor descreve sobre as competências do enfermeiro em desastres, pois contempla os seguintes critérios preconizados pela OMS (2003) para uso internacional ou nacional: as competências devem ser abrangentes o suficiente para serem aplicadas internacionalmente ou nacionalmente; ao mesmo tempo, devem ser específicas o suficiente para fornecer orientação para a tomada de decisões; devem ser fundamentais para a prática, não periféricas, e devem ser relevantes para a prática.

Com esse estudo, espera-se preencher uma lacuna na literatura nacional e internacional para assegurar à enfermagem um instrumento a ser utilizado para avaliação das competências dos enfermeiros no atendimento em desastres.

As competências relacionadas na fase de resposta foram submetidas à validação de conteúdo e aparência com 8 juízes, resultando em 41 competências, organizadas em quatro domínios: 1. Cuidados com a comunidade; 2. Cuidados do indivíduo e família; 3. Atendimento psicológico; 4. Cuidado de populações vulneráveis.

Após foi realizada a verificação de aplicabilidade com os enfermeiros do SAMU dos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina e após análise fatorial, o instrumento foi reorganizado em 3 domínios: 1. Cuidado de comunidades; 2. Cuidados do Indivíduos e Famílias; 3. Apoio Psicológico e a Populações Vulneráveis. Desse modo, obtém-se maior interação entre os domínios e as competências. Essas competências foram avaliadas pelo nível de proficiência, a partir do conhecimento e experiência dos enfermeiros.

O instrumento mostrou-se com boa consistência interna na validade fatorial, apresenta adequada reprodutibilidade no teste-reteste e validade discriminante que conseguiu distinguir os profissionais com experiência em desastre dos que não tem experiência. Dessa forma, ele se apresenta com apropriada aplicabilidade para medir o que se propõe, ou seja, avaliar as competências dos enfermeiros em situações de desastres.

Além disso, o instrumento apresentou associação significativa entre o nível de proficiência dos enfermeiros e o tempo de experiência na assistência, a atuação em desastres e a capacitação dos profissionais. Entre os níveis de proficiência apresentados, os enfermeiros se avaliaram como aprendizes e competentes, ou seja, com algum conhecimento e experiência ou com o conhecimento e experiência necessários para as competências descritas.

A utilização do instrumento é um ponto de partida para avaliar o nível de formação dos profissionais que atuam em serviços de emergências para enfrentamento de desastres. Capacitar essas equipes a partir das necessidades observadas pelos resultados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação, servirá para obter indicadores para a base de formação desses profissionais. Observa-se que cada equipe de enfermeiros possui proficiências e exigências diferenciadas. Isso é influenciado por vários fatores como: grau de formação, experiência profissional, atuação em eventos de emergências e desastres entre outros. A partir dos resultados obtidos por meio da aplicação do instrumento de avaliação, será possível realizar diversas atividades e direcionamentos para esses profissionais.

Um fator importante observado na validação das competências neste estudo refere-se aos domínios Atendimento Psicológico e a Populações Vulneráveis que apresentou menor concordância entre os avaliadores. Eles reconhecem que é necessário desenvolver ações sobre as competências para cuidar de grupos vulneráveis como uma população negligenciada com necessidades especiais, como alterações mentais pós desastres e que precisam de cuidado. Porém, na validação dessas competências, alguns itens que apresentavam essas ações foram excluídos ou modificados. Desse modo, percebe-se a necessidade de os enfermeiros ampliarem a visão relacionada às alterações de situações intrínsecas a uma realidade física, mental ou social de uma comunidade suscetível a eventos adversos específicos e vulneráveis aos impactos provocados por eles. Com esse enfoque, os enfermeiros poderão obter melhor resultado no desenvolvimento dessas competências para o atendimento às populações atingidas pelos desastres.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de novas pesquisas que identifiquem o conhecimento dos enfermeiros sobre as competências para a atuação em todas as fases de gestão

dos desastres, bem como a necessidade de mobilizá-los para uma função ou tarefa específica. Isso favorece a formação contínua desses trabalhadores, repercutindo no processo de trabalho em saúde, com a presença de sujeitos comprometidos na resolução de problemas concretos da saúde da população.

Espera-se que o instrumento possa ser utilizado pelos serviços de emergência para melhorar a compreensão das competências dos enfermeiros em desastres e para fornecer estratégias efetivas para avaliar a qualidade do profissional enfermeiro. Esforços devem ser direcionados para articulação de ações que verifiquem se as competências dos enfermeiros em desastre são aceitas e adaptadas universalmente para cada realidade, a fim de contemplar todas as necessidades das populações afetadas e melhorar o que já conhecemos sobre esse fenômeno, mas também fornece uma base para as explorações futuras em torno da efetividade das respostas a desastres. Em última análise, este trabalho contribuirá para avaliar e preparar futuros enfermeiros sobre as competências para atuação na resposta em situações de desastres e emergências referentes à saúde das populações atingidas.

8.1 Implicações para a Prática, Políticas de Saúde e Futuras Pesquisas

Espera-se que os achados dessa pesquisa contribuam para um crescente conhecimento sobre a preparação de enfermeiros para desastres e tenham implicações para a formação acadêmica dos enfermeiros e capacitações dos profissionais na área de atendimento da enfermagem em emergências, bem como melhorar os programas de treinamento, propiciando elementos para o fornecimento de informações sobre habilidades, a partir da avaliação do nível de proficiência dos profissionais.

Instrumentos como o desenvolvido nesta investigação são necessários para avaliar as competências e determinar se o treinamento ou os programas estão organizados a fim de possibilitar o desenvolvimento de competências dos enfermeiros para atuação em desastres. Além disso, esses instrumentos poderão fornecer evidências que possam ser usadas na elaboração de políticas públicas de saúde para implementar ações de enfrentamento de situações de desastres a todos os profissionais.

Uma vez que os enfermeiros estão envolvidos no planejamento, mitigação, resposta e recuperação de desastres, eles devem ativamente buscar oportunidades para participar de eventos, cursos, simulados e outras oportunidades educacionais específicas para atendimento na resposta aos desastres. Com a divulgação desse estudo, espera-se o apoio dos gestores dos

serviços de saúde, para oferecer subsídios aos enfermeiros na promoção e prestação de uma assistência à toda comunidade afetada por desastres com efetividade e eficiência.

A resposta aos desastres requer da equipe de enfermagem um preparo específico para melhor enfrentamento dessa situação. Com esta pesquisa espera-se encorajar o desenvolvimento de futuras investigações que poderão contemplar a construção e validação de outros instrumentos para avaliação das competências dos enfermeiros nas fases de prevenção, preparo e recuperação em desastres, para complementar este estudo, sendo indicador prioritário de avaliação das competências do enfermeiro em desastres.

REFERÊNCIAS

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **ANA issues brief**: who will be there? Ethics, the law and a nurse's duty to respond in disaster, 2010. Disponível em: <<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy---Work---Environment/DPR/Disaster---Preparedness.pdf>> Acesso: 23 jun. 2017.

AGUIAR, A. B. A. et al. Gerenciamento de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, p. 318-326, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/901/1095>>. Acesso em: maio 2017.

ARROTEIA, J. C. **Educação e desenvolvimento**: fundamentos e conceitos. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

BAACK, S. T. **Analysis of Texas nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters**. University of Texas at Tyler Scholar Works at UT Tyler. Nursing Theses and Dissertations. 2011.

BANDEIRA A. G, MARIN, S. M , WITT R. R. Vulnerabilidade A Desastres Naturais: implicações para a Enfermagem. **Cienc Cuid Saude** 2014 Out/Dez; 13(4):776-781.

BELLUCCI, J.A.; MATSUDA, L.M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 797-806, dez. 2011.

BONFIM, M. I. R. M. Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde: caderno do tutor. Rio de Janeiro: EAD/Ensp/Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional De Educação. Resolução Nº 3, de 07 de novembro de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 09 de Nov.2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Formação**: humanizar cuidados de saúde – uma questão de competência. Brasília, DF, 2001b.

_____. Ministério Da Integração Nacional. **Política Nacional de defesa Civil, Planejamento Nacional para Gestão de Risco**, Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério Da Integração Nacional. Secretaria Nacional De Defesa Civil. Universidade Federal De Santa Catarina. Centro Universitário De Estudos E Pesquisas Sobre Desastres. **Comunicação de riscos e de desastres**. Curso a distância. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED/SC, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 7 de Julho de 2011.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 12.608, de 10 de Abril de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis nos 12.340, de 1o de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Brasília, DF, 10 de Abril de 2012 a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº466/12**. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério Da Integração Nacional Secretaria Nacional De Proteção E Defesa Civil Departamento De Minimização De Desastres. **Capacitação em Gestão de Riscos – 2014**. Organização e execução: UFRGS e CEPED/RS, Gestão de Risco de Desastres. Porto Alegre, Julho de 2014^a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b. 160 p. : il. ISBN 978-85-334-2115-8

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014c .44 p. : il.

BITTENCOURT, H.R.; et al. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior**. Est Aval Educ [Internet]. 2011 [acesso em 15 de outubro de 2012];22(48):91-114. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/eae/v22n48/v22n48a06.pdf>

BUENO, W. **Gestão e estratégias de comunicação em situações críticas**. Comunicação & Sociedade, São Bernardo do Campo, v. 34, n. 2, p. 41-66, jan.-jun. 2013.

BUSBY, S.; WITUCKI-BROWN, J. Theory development for situational awareness in multi-casualty incidents. **Journal of Emergency Nursing**, v. 37, n. 5, p. 444-452, set. 2011.

CAETANO, K.C. **Desenvolvimento e avaliação de um ambiente de aprendizagem virtual em administração em enfermagem**. 2006. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006

CAMELO S. H. H.; ANGERAMI E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 552-60.

CANETTI, M.D; ALVAREZ, F.S.; RIBEIRO, C.J.; BILATE, A. **Medicina de Desastres**. Manual Básico. Corpo de Bombeiro Militar. Grupamento de Socorro de Emergências. Seção de Desastres. Rio de Janeiro, 2012.

CEBALLOS; M.O.; et al . **Metodología para el diseño por competencias de la especialidad de Enfermería en Salud Mental**. Educación Médica Superior. 2009; 23(1) Havana- Cuba. Disponível em: <<http://scielo.sld.cu>> Acesso: 18 jul. 2017

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz (CEPEDES/FIOCRUZ). Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/funcoes-do-setor-saude>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2009.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Lei N 7.498/86 de 25 de junho 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 25 de junho 1986.

COGO, A.L.P. **Construção coletiva do conhecimento em ambiente virtual: aprendizagem da anamnese e do exame físico de enfermagem**. 2009. 161 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

COSTA, J.B.; MARCON, S.S. Elaboração e avaliação de um instrumento para identificar memórias referentes à Unidade de Terapia Intensiva. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v.58, n.4, p.223-230, 2009.

COUG, M.P.; MARTINELLI, A.M.; LAVIN, R.P. The National Response Plan: Health and Human Services the Lead for Emergency Support Function. **Disaster Management & Response**, v.3, n.2, p.34-40, abr - jun. 2005.

COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. Reconstruindo a vida após um desastre: A atuação do Psicólogo em situações de emergências. Contato, Curitiba, n. 62, p. 16-19, mar/abr. 2009.

DANNA, D., BERNARD, M., Schaubhut, R., & Mathews, P. (2010). Experiences of nurse leaders surviving Hurricane Katrina, New Orleans, Louisiana, USA. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 9–13. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00497.x

DECKMAN Lidiane Rossato , DEON Solange Mari Pellin, SILVA Eveline Franco da LORENZINI, Elisiane Competência Gerencial Na Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol.04, Nº. 02, Ano 2013 p.389-00, IISSN:1982-4785

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, v. 1, n. 3, p. 5-15, mai. 2001.

DOMENICO EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003 janeiro-fevereiro;11(1):115-8

DOUGLAS, V. Developing disaster management modules: a collaborative approach. **British Journal of Nursing**, v.16, n.9, p.526-529, 2007.

DUONG, K. Disaster education and Training of emergency nurses in South Australia. **Australasian Emergency Nursing Journal**, v.12, n 3, p. 86-92, ago. 2009.

EIRD/ONU. Estratégia Internacional de Redução de Desastres. **Vivir com el riesgo**: informe mundial sobre iniciativas para La reducción de desastres. EIRD/ONU: Secretaria Interinstitucional de La EIRD, 2004.

ESTRADA, L.C.; FRASE, M.R.; CIOFFI, J.P. Partnering for Preparedness: The Project Public Health Ready Experience. **Public Health Reports**, S.1, v.120, p.69-75, 2005.

FERNANDES, L.C.L.; MACHADO, R.Z.; ANSCHAU; G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc Saúde Colet**. 2009;14(supl.1): 1541-52.

FERREIRA, D. **Sistema de informações geográficas participativo (SIG-P) na prevenção de desastres ambientais**: estudo de caso do Morro do Baú em Ilhota/SC. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental) – UDESC, 2012. 132 p.

FLEURY, A.C.; FLEURY, M.T.L. **Estratégica empresariais e formações de competências**: um quebra-cabeça caleidoscópico de indústrias brasileiras. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 155p.

FRENCH P. The development of evidence-based nursing. **J Adv Nurs** 1999; 29(1):72-8

FRIENDLAND, D.J.; et al. **Medicina baseada em evidências**: uma estrutura para a prática clínica. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan; 2001.

FUNG, O.W.M.; LOKE, A.Y.; LAI, C.K.Y. Disaster preparedness among Hong Kong nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v.62, n.6, p.698–703, 2008.

GEORGINO, M.M.; et al. Emergency Preparedness Education for Nurses: Core Competency Familiarity Measured Utilizing an Adapted Emergency Preparedness Information Questionnaire. *Journal of trauma nursing*. v.22, n.5,set/out. 2015. p.240-248

GEBBIE, K.; MERRILL, J. Public health worker competencies for emergency response. **J Public Health Manag Pract**, v.8, n.3, p.73-81, 2002.

GEBBIE, K.; et al. Identifying individual competency in emerging areas of practice: An applied approach. **Qualitative Health Research**, v.12, n.7, p.990-999, 2002.

GEBBIE, K.; QURESHI, K. Emergency and disaster preparedness: core competencies for nurses. **American Journal of Nursing**, v.102, n.1, p. 46-51, 2002.

GENTILE, J. K. A.; et al. Conduta no paciente com trauma crânioencefálico. **Revista Brasileira Clin Méd**. São Paulo, 2011 jan. fev; 9 (1): 74-82.

GONZALES, L. F. Papel del personal del enfermería em situaciones de desastre. 2013. 18 f. Tesina (Maestría em Análisis y Gestión de Emergencia y Desastres)-Universidad de Oviedo, Oviedo, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10651/17315>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

GUHA-SAPIR, D; HOYOIS, P.H.; BELOW, R. Annual Disaster Statistical Review 2013: the numbers and trends. Brussels: CRED; 2014.

HAMMAD Karen, **The lived experience of nursing in the emergency department during a disaster** .Submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Faculty of Medicine, Nursing & Health Sciences School of Nursing & Midwifery Flinders University October, 2016

HAMMAD, K.; ARBON, P.; GEBBIE, K. 'Emergency nurses and disaster response: an exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response', **Australasian Emergency Nursing Journal**, 2010; 87 – 94.

HAMMAD, K.; et al. 'Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature', **Australasian Emergency Nursing Journal**, 2012; 15(4); 235 – 244.

HADJI, C. **Avaliação desmistificada**. Trad. Patrícia C. Ramos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 20.

HAGER, P.; GONCZI, A.; ATHANASOU, J. General issues about assessment of competence. *Asses. Eval.High. Educ.*, 19(1): 3-15, 1994.

HARRISON, L. M.; et al. Development and Implementation of a Public Health Workforce Training Needs Assessment Survey in North Carolina. North Carolina Center for Public Health Preparedness, North Carolina. **Public Health Reports**, v. 120, n. 1, p. 28-34. 2005.

HARTMANN, E. H.; et al. Mass casualty following unorecedented tornadic events in the southeast: natural disaster outcomes et al a level I trauma center. **The American Surgeon**, v. 78, n. 7, p. 770-773. 2012.

HERNÁNDEZ, F. **Transgressão e Mudança na Educação: os projetos de trabalho**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

HOFFMANN, Jussara. **O jogo do contrário em avaliação**. Porto Alegre: Mediação, 2ª edição, 2006, 192p.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p.188- 193, 2009.

HSU, E. B. et al. Healthcare worker competencies for disaster training. **BMC Medical Education**, v. 6, n. 19. 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos municípios brasileiros – Meio Ambiente**. 2013. Disponível: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013> Acesso:10 maio 2015.

IOWA - DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. **Mental health competencies for health care providers for terrorism and emergency preparedness and response**. Des Moines: State of Iowa: 2006. p. 403-19.

JIAO, M.; et al. Determinants of emergency response responsibility perceptions in the local public health workforce after China's health sector restructuring. *BMC Health Services Research*, v.15, 2015 p.339

LABRAGUE, L. J. et al. Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International nursing review*. 2017.

LIN, C.J.; et al. Measuring professional competency of public health nurses: development of a scale and psychometric evaluation 2010 Blackwell Publishing Ltd, **Journal of Clinical Nursing**, 19, 3161–3170

LOKE, A.Y, FUNG, O.W.M.; Nurses' Competencies in Disaster Nursing: Implications for Curriculum Development and Public Health. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2014, 11, 3289-3303.pg

KAWATA, L.S. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.22, n.4, 2013.

KERBY, D.S.; BRAND M. W.; JOHNSON D. L.; GHOURI F.S.; Self-Assessment in the Measurement of Public Health Workforce Preparedness for Bioterrorism or Other Public Health Disasters. **Public Health Reports**, v. 120, n. 2, p. 186-191. 2005.

MARIN, Sandra Mara. **Competências do enfermeiro no atendimento hospitalar em situação de desastres**. Porto Alegre, 2013. 81 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MARTINS G.A. Sobre Confiabilidade e Validade. **Revista Brasileira Gestão e Negócio**, v.8 n.20, p.1-12, 2006.

MARTINS, G.V.S. **Práticas psicológicas junto às vítimas em situação de emergência e desastres: reconstrução de seus espaços de vida e suas relações intrapessoais**. 2012. 53f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em psicologia) -Pontifícia Universidade Católica das Minas Gerais (PUC Minas), Belo Horizonte. Disponível em: < http://www.abraped.org.br/wp_content/uploads/2013/10/Monografias.pdf>. Acesso: março 2017.

MELO, R. P.; et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):424-31

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, IV, n. 4, p. 127–135, 2015.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30º ed. Vozes, p.316, Petrópolis, RJ: 2010.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOSCA, N.; SWEENEY.; P. H.;BRENNER, P. Assessing bioterrorism and disaster preparedness training needs for school nurses. **Journal of Public Health Management and Practice** (Supplement), v.11 (6), pg.38–S44.2005

NASH, T.J. A guide to emergency preparedness and disaster nursing education resources. **Health Emergency and Disaster Nursing**. v.4,n.1, 2017. p.12-25

NILSON, J.; et al. Disaster nursing: Self-reported competence of nursing students and registered nurses, with focus on their readiness to manage violence, serious events and disasters. **Nurse Education in Practice**. 2015, p. 1-7

NILSON, J.; GARDULF, A.; LEPP, M. Process of translation and adaptation of the Nurse Professional Competence (NPC) Scale. **Journal of Nursing Education and Practice**; v.6, n.1, 2016, p.100-103

NILSSON, J.; et al. Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported professional competence: the nurse professional competence (NPC) Scale. **Nurse Education Today**, v. 34, 2014, p.574–580

NOH, J.Y.; et al. Perception and Core Competencies of Disaster Nursing in South Korea. **J Nurs Care**. v.6, 2017, p.2-6

NOAL, D. S.; ET AL. A atuação do psicólogo em situações de desastres: algumas considerações baseadas em experiências de intervenção. **Rev. entrelinhas**, Ano XIII , n62, Abr | Mai | Jun 2013. Porto Alegre.

NOVAES, G.T.F. **Habilidades e competências: definições e problematizações**, s.l., s. n, 2001.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA (NEU) Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria do Estado de SC. **Manual de Implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências em municípios e regiões do Estado: SAMU – 192**. Florianópolis: 2014.

OCAMPO, H. T. Conferência: Sistemas da atenção às vítimas de situações de emergências e desastres: contribuições possíveis da psicologia: In: I Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e Desastres: contribuições para construção de comunidades mais seguras. 2006, Brasília. **Anais**, Brasília: Finatec/UNB,2006. P.109-113. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/emergencias-desastres.pdf>. Acesso:10 maio 2017.

OLIVEIRA NETO, J. D. **Proposta de um instrumento para mensuração da satisfação do usuário como um componente importante para o sucesso dos sistemas de informação, no contexto de aplicativos específicos**. 2000. Tese de Doutorado- Faculdade de Economia, administração e contabilidade – FEA-USP.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Competency in Nursing**. Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (OPAS) **Série: Hospitales seguros frente a desastres**. Índice de seguridad hospitalaria: Guía del evaluador de hospitales seguros, n. 1, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Desastres Naturais e Saúde no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2014.

PASQUALI, L. Instrumentação psicológica: **Fundamentos e práticas**. 1ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 560 p.

PERRENOUD, P. A noção de competência. In: PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Artmed, pg.101, Porto Alegre: 1999.

PERROCA, M. G; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes. Coeficiente de Kappa. **Rev.Esc. Enf.Usp**, v.37, 2003

PNUD. **Projeto do com a Sedec cria cultura de gestão de riscos e resposta aos desastres naturais no Brasil**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3878>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

POLIT D F, BECK C T . **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7a ed. ARTMED. P.669, Porto Alegre (RS): 2011.

POLIVKA, B.J.; STANLEY, S.A.R.; GORDON, D.; TAULBEE, K.; KIEFFER, G.; MCCORKLE, S. Public health nursing competencies for public health surge events. **Public Health Nurs**, v.25, n.2, p. 159–165, 2008.

PUTRA, A; WONGCHAN, P.; MANEEWAT, K. Perceived Ability to Practice in Disaster Management among Public Health Nurses in Aceh, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*,v.1, n.2, Juli 2011, p.169 – 186.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2011, p.80-88.

ROCHA, P. K. **Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem**, 2008 [tese] / Patrícia Kuerten –Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.110 p.

RODRIGUES, T. Notas, notícias e recessão: a estratégia internacional de redução de desastres. **Territorium**, Associação Portuguesa de risco, prevenção e segurança. v.17, p. 223-227, mar. 2010.

RUBIO, D.M.; et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research Methods**, v.27, n.2, p.94-111, 2003.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K. O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 109-112, 2008.

SALVADOR, P.T.C. de O; et al. A formação acadêmica de enfermagem e os incidentes com múltiplas vítimas: revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP [online]**, v.46, n.3, p. 742-751, 2012.

SANTOS, N. S.; et al. **Atendimento de enfermagem na sala de emergência ao paciente politraumatizado protocolo em evidencia** (2010).

SCARPARO, A.F.; et al. Reflexões sobre o uso da técnica delphi na pesquisa em enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, n.1, p. 242-251, 2012.

SEYEDIN, H.; DOLATABADI, Z.A.; RAJABIFARD, F. Emergency Nurses' Requirements for Disaster Preparedness. *Trauma Mon.* v.20, n.4, 2015

SILVA, A. M.; et al. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 348-351, 2009.

SLEPSKI, L. Emergency preparedness and professional competency among health care providers during hurricanes Katrina and Rita: pilot study results. **Disaster Management Response Journal**, v.5, n.4, p.99-110, 2007.

SOARES, E.M.S; RIBEIRO, L.B.M. **Avaliação formativa**: um desafio para o professor. Porto Alegre: COBENGE- Congresso Brasileiro de Ensino de Engenharia, p.58-62, 2001.

SOBRAL, A.; et al. Desastres naturais - sistemas de informação e vigilância: uma revisão da literatura. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v.19, n.4, p.389-402, 2010.

SUBBARAO, I.; et al. A Consensus-based Educational Framework and Competency Set for the Discipline of Disaster Medicine and Public Health Preparedness. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v.2, n.1, p. 57- 68, 2007.

TERWEE, C.B; et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.60, n.1, p.34-42, 2007.

THOBAITY, A.A.; et al. A new scale for disaster nursing core competencies: Development and psychometric testing. *Australasian Emergency Nursing Journal*; v.19, 2016, p. 11—19

TRONCHIN, D.M.R.; et al. Instrumento de avaliação do aluno com base nas competências gerenciais do enfermeiro. **Acta Paul Enferm.** 2008 Abr-Jun; 21(2):356-60.

UNISDR - Estratégia Internacional para Redução de Desastres – Nações Unidas. **O desastre sob o enfoque de novas lentes: para cada efeito, uma causa**. São Paulo: CARE, 2012.

UNIVERSIDADE EMORY. **Centro de Prática de Saúde Pública**. 2006

URBINA, L. O. Metodología para la evaluación de las competencias laborales en salud. **Revista Cubana de Salud Pública**; vol.36, N.2, P.165-174, Havana- Cuba: 2010.

VEENEEMA T. Expanding educational opportunities in disaster response and emergency preparedness for nurses. **Nursing Education Perspectives**, v.27, n.2: p.93-99, 2006.

VEENEMA, T. G. American Nurses Association (ANA). *2nd ed.* Silver Spring, Maryland: ANA. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards. **Public health nursing: Scope and Standards of practice**. 2013.

WADEM. Guidelines for Evaluation and Research: Volume One. **Prehospital and Disaster Medicine**, v.17,s3, p.31-55, 2002.

WALKER, P.H.; BIBB, S.C.G.; ELBERSON, K.L. Research Issues in Preparedness for Mass Casualty Events, Disaster, War, and Terrorism. **Nursing Clinics of North America**, v.40, n.3, p.551-564, 2005.

WEINER, E. Preparing Nurses Internationally for Emergency Planning and Response. **The Online Journal of Issues in Nursing**, v.11, n. 3, 2006.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WITT, R.R.; GEBBIE, K.M. Tailoring curricula to fit health professionals needs in a disaster: a proposal for Brazilian nurses. *Rev Gaúcha Enferm.* v. 37, n.1, 2016. E 56229.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Council of Nurses. **ICN framework of disaster nursing competencies**. Geneva: 2009

_____. **The contribution of nursing and midwifery in disaster: Report of a WHO consultation**. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/hac/events/2006/nursing_consultation_report_sept07.pdf> Acesso em: 10 set. 2011.

WISNIEWSKI, R.; DENNIK-CHAMPION, G.; PELTIER, J.W. Emergency preparedness competencies: Assessing nurses' educational needs. **Journal of nursing administration**, v.34, n.10, p.475- 480, 2004.

WALLER, K.M. **Emergency Preparedness Competencies Among Nurses in Northwest Arkansas**. University of Arkansas, Fayetteville. The Eleanor Mann School of Nursing Undergraduate Honors Theses. 2017

APÊNDICE A – CARTA CONVITE

Porto Alegre, xx de xx 2015

Prezada (o) Enf.....

CARTA CONVITE

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“COMPETÊNCIA DOS ENFERMEIROS PARA ATUAÇÃO EM DESASTRES: CONSTRUINDO UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO”** cujo projeto está vinculado ao Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O objetivo geral da pesquisa será construir e validar um instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres. Dentre os objetivos específicos está desenvolver um instrumento para avaliação de competências de enfermeiros para o atendimento em situação de desastres, baseado na literatura internacional; verificar a validade de conteúdo e aparência do instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres e verificar a aplicabilidade e confiabilidade do instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres.

O instrumento foi elaborado com base nas competências de resposta descritas no documento do Conselho Internacional de Enfermagem e Organização Mundial da Saúde (ICN; WHO, 2009). Sua participação, como especialista com reconhecimento e experiência na área, está sendo solicitada a fim de colaborar para a validação de conteúdo e de aparência do mesmo.

Neste sentido solicitamos que realize a análise crítica do instrumento de coleta de dados que será utilizada posteriormente para validação junto aos enfermeiros que atuam na Força Nacional do SUS.

O instrumento é composta de 51 competências, dividida em 4 áreas de domínio da fase resposta na gestão de desastres. 1- Cuidado de Comunidades (11 questões), 2- Cuidados de Indivíduos e Famílias, Avaliação e Implementação (25 questões), 3- Atendimento Psicológico (9 questões), 4- Cuidados de Populações Vulneráveis (6 questões).

Essa técnica é o método destinado à dedução e refinamento de opiniões de um grupo de pessoas experts ou indivíduos especialmente instruídos, com o objetivo de alcançar o consenso de opinião que é realizada por em duas rodadas (SCARPARO et al., 2012).

Na primeira rodada será enviado instrumento constituído de quatro partes:

PARTE I- Identificação do sujeito

PARTE II- Para determinar a validade de conteúdo do instrumento, os itens propostos serão submetidos à análise semântica que envolve a compreensão dos itens pela população-alvo, ou seja, a população a que se destina o instrumento, tendo relevância quanto à inteligibilidade dos itens e a validade aparente (PASQUALI, 2010).

Para a análise quantitativa da validação dos juízes será calculada a adequação da representação comportament: **Exequibilidade** (a medida é aplicável); **Objetividade** (resposta pontual); **Simplicidade** (única ideia, sem outras interpretações); Clareza (inteligível, com expressões simples e inequívocas); **Pertinência** (não insinua atributo diferente do definido); **Precisão** (cada questão é distinta das demais e mede o que se propõe medir).

Com vistas a essa análise, reagrupou-se as opções de respostas de 1, 2, 3 e 4 a resposta de cada juiz poderá variar de 1 a 4 e quanto mais próxima de 4, maior a concordância entre eles de que o item era pertinente juízes.

Para todas as competências os juízes assinalaram com a seguinte valoração:

1- inadequada, 2- parcialmente adequada, 3- adequada e 4- totalmente adequada, assinalando seus escores em cada requisito para validação de conteúdo da competência item. Admite apenas uma das respostas.

PARTE III- Validação de Aparência em relação as 51 competência citadas, nos seguintes quesitos: apresentação, clareza das afirmações, facilidade na leitura, interpretação e representatividade dos itens nas dimensões locadas, seguindo os mesmo valores utilizados na segunda parte.

As respostas que indicaram um nível específico de concordância ou discordância para cada competência serão pontuadas e somadas, gerando uma pontuação total.

PARTE IV- Será oferecido espaço para comentários aos juízes descrever suas opiniões e sugestões como: 1- Itens necessários, porém ausentes no instrumento, 2- Itens desnecessários no instrumento, 3- Comentários e/ou Sugestões.

Na segunda rodada o instrumento com as sugestões indicadas será reapresentado aos participantes para avaliação dos itens para os quais não houve consenso na primeira etapa e revisão daqueles que, embora tenha ocorrido o consenso necessitaram ser modificados por sugestão dos experts (POLIT; BECK, 2011).

Solicitamos que a devolução do instrumento seja realizada até dia xx de xx 2016

Desde já agradecemos a sua participação.

Mestre Enf. Sandra Mara Marin
COREN/SC 75400
sandrapeju@hotmail.com

Dra. Regina Rigatto Witt
COREN/RS
regina.witt@ufrgs.br

APÊNDICE B – PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DO PESQUISADOR

Vale esclarecer que após a avaliação dos instrumentos por todos os juízes, as respostas de cada avaliação serão analisadas pelo pesquisador pela aplicação das variáveis quantitativas descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica, conforme distribuição dos dados. As variáveis categóricas serão descritas por frequências absolutas e relativas.

Fase I - Na análise dos dados para a validação de conteúdo, obtidos pela estratégia da validação de conteúdo por meio da técnica Delphi foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e Índice de Fidedignidade ou concordância Inter avaliadores (IRA) preconizados por Rubio et al., (2003).

O IVC destinado a avaliar o conteúdo dos itens/instrumento em relação à representatividade da medida, é considerado válido quando ao computar as avaliações de juízes se obtém índice de 80% (0,8) de aprovação (RUBIO et al.,2003; POLIT e BECK, 2011).

A IRA é destinada a avaliar a extensão em que os juízes são confiáveis nas avaliações dos itens ante o contexto estudado e ocorre a partir da divisão dos itens que obtiverem acima de 80% (0,8) de concordância entre os avaliadores, pelo total de itens do instrumento pelo total de itens de cada dimensão (RUBIO, et al., 2003).

Para Análise qualitativa será utilizada a Análise de Conteúdo que constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999).

O tratamento dos resultados brutos obtidos será interpretado e submetido à análise que permitirá colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí o analista propôs interferências e realizará interpretações previstas no seu quadro teórico, com o estabelecimento do referencial de competências almejado (MINAYO, 2010, p 316).

Os aspectos específicos da metodologia que fundamentam a análise de conteúdo são constituídos de cinco fases:

- 1 - Preparação das informações;
- 2 - Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades;
- 3 - Categorização ou classificação das unidades em categorias;

4 - Descrição;

5 - Interpretação.

Estas cinco fases precisam ser necessariamente precedidas das definições normais que acompanham um projeto de pesquisa, quais sejam explicitar um problema, estabelecer claramente os objetivos da pesquisa e a partir disto reunir os dados previstos pelo projeto (MORAES, 1999).

Fase II - Os testes realizados para verificar as propriedades psicométricas do instrumento serão:

a) o coeficiente alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos itens que compõe a escala (total e de cada domínio);

b) confiabilidade teste-reteste com o uso do teste t para amostras emparelhadas e coeficiente de correlação intraclass (ICC);

c) validade fatorial através da análise fatorial com rotação Varimax e extração dos fatores por componentes principais;

A análise estatística será realizada utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 e o nível de significância adotado será de 5%.

APÊNDICE C – CARTA CONVITE SAMU

Porto Alegre, 05 de setembro 2016

Prezada (o) Enf.....SAMU

CARTA CONVITE

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“COMPETÊNCIA DOS ENFERMEIROS PARA ATUAÇÃO EM DESASTRES: CONSTRUINDO UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO”** cujo projeto está vinculado ao Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O objetivo geral da pesquisa será construir e validar um instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres. Dentre os objetivos específicos está desenvolver um instrumento para avaliação de competências de enfermeiros para o atendimento em situação de desastres, baseado na literatura internacional; verificar a validade de conteúdo e aparência do instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres e verificar a aplicabilidade e confiabilidade do instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres.

O instrumento foi elaborado com base nas competências de resposta descritas no documento do Conselho Internacional de Enfermagem e Organização Mundial da Saúde (ICN; WHO, 2009).

O instrumento é composta de 51 competências, dividida em 4 áreas de domínio da fase resposta na gestão de desastres. 1- Cuidado de Comunidades (11 questões), 2- Cuidados de Indivíduos e Famílias, Avaliação e Implementação (25 questões), 3- Atendimento Psicológico (9 questões), 4- Cuidados de Populações Vulneráveis (6 questões). Foi submetidos à análise via google drive no email pessoal, que busca obter consenso de opiniões de um grupo juízes por meio da aplicação de questionários estruturados com a realização de feedback estatístico de cada resposta, até a obtenção de consenso (SILVA et al., 2009).

Essa técnica é o método destinado à dedução e refinamento de opiniões de um grupo de pessoas experts ou indivíduos especialmente instruídos, com o objetivo de alcançar o consenso de opinião que é realizada por em duas rodadas (SCARPARO et al., 2012).

Neste sentido solicitamos que responda as questões presentes no Instrumento Validado pelo juizes para verificar a Aplicabilidade e Confiabilidade do Instrumento.

b) Participantes

Enfermeiros atuantes no SAMU RS e SC. Para avaliação da confiabilidade e da validade fatorial do instrumento, faz-se necessário que haja no mínimo 7 repetições para cada questão (TERWEE et al., 2007). Considerando que o instrumento após a validação dos juízes ficou composto por 41 competências, a amostra estimada foi de 326 enfermeiros do SAMU.

Critérios de inclusão dos enfermeiros que atuante no SAMU RS e SC, aceitar participar da pesquisa e assinar TCLE.

Critérios de exclusão dos enfermeiros que não atuem no SAMU não retornar a solicitação de participação da pesquisa após 3 tentativas ou não aceitar participar da pesquisa.

Para coleta dos dados, será enviada uma carta convite aos participantes via e-mail e depois de aceite o instrumento será enviado por ambiente virtual Google Drive, que é considerado um sistema computacional disponível na internet, destinado ao suporte de atividades mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação, permitindo integrar várias mídias, linguagens, recursos, apresentar informações de maneira organizada, elaborar e socializar produções tendo em vista atingir determinados objetivos (CAETANO, 2006).

Cogo (2009), destaca as qualidades apontadas pelos usuários em relação às atividades mediadas por computadores, dentre elas a flexibilização da organização do tempo, o local do estudo e o acesso a variadas informações. Será solicitada a devolução do IA respondido no prazo de trinta dias.

A confiabilidade de um instrumento para coleta de dados é sua coerência, determinada através da constância dos resultados, se refere ao grau em que sua repetida aplicação, ao mesmo sujeito ou objeto, produz resultados iguais. Considerando um nível de significância de 5%, poder de 90% e um coeficiente de correlação intraclassa (ICC) mínimo de 0,7, estima-se um $n=21$ enfermeiros que responderão novamente o instrumento reteste, após 15 dias do seu preenchimento (COZBY, 2003).

Com relação à pontuação dos itens do instrumento, será utilizado a escala tipo Likert de 5 pontos, adaptada do Self-Assessment Tool for Community Health Nurses Working with First Nations and Inuit Health Branch Ottawa (HEALTH CANADA 2001). Esta escala procurará verificar se o enfermeiro em relação à competência descrita é:

- 0- LEIGO: não possui nenhum conhecimento ou experiência;
- 1- NOVATO: possui algum conhecimento, mas não possui experiência;
- 2- APRENDIZ: possui algum conhecimento e alguma experiência;
- 3- COMPETENTE: possui o conhecimento necessário e também experiência prática;
- 4- PROFICIENTE: possui extenso conhecimento e ampla experiência.

Solicitamos que a devolução do instrumento seja realizada até dia xx de xx 2016

Desde já agradecemos a sua participação.

Mestre Enf. Sandra Mara Marin
COREN/SC 75400
[sandrapeju@hotmail.com](mailto:sandraperju@hotmail.com)

Dra. Regina Rigatto Witt
COREN/RS
regina.witt@ufrgs.br

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Sandra Mara Marin, doutoranda do programa de pós graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“COMPETÊNCIA DOS ENFERMEIROS PARA ATUAÇÃO EM DESASTRES: CONSTRUINDO UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ”** sob orientação da Prof. Dra. Regina Rigatto Witt. O objetivo geral da pesquisa é construir e validar um instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres. Dentre os objetivos específicos está desenvolver um instrumento para avaliação de competências de enfermeiros para o atendimento em situação de desastres, baseado na literatura internacional; verificar a validade de conteúdo e aparência do instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres e verificar a aplicabilidade e confiabilidade do instrumento de avaliação de competências dos enfermeiros para o atendimento em desastres. Para tanto, serão utilizados dois instrumentos de coleta de dados, sendo um para os profissionais juizes *experts* no assuntos estudado e outros para os enfermeiros que atuam na prática em desastres. Considerando sua capacitação profissional e conhecimento relativo ao tema em estudo venho por meio deste convida-lá(o) a participar da validação do instrumento. Ao participar do estudo você estará colaborando para a avaliação da qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros em situação de desastres, assim como com o desenvolvimento da produção científica na área da saúde. Pretende-se que os resultados da pesquisa possam subsidiar para a qualificação dos enfermeiros dos serviços de saúde na atuação em situação de desastres. No primeiro momento você será convidado por e-mail para participar da validação do instrumento e receberá uma carta que explicará o objetivo do estudo e os critérios de julgamento com suas respectivas definições. Após ter avaliado o instrumento, no prazo de 15 dias, solicito que você encaminhe por e-mail à pesquisadora suas considerações acerca do instrumento de avaliação, a fim de que sejam realizadas as adequações necessárias. Garantimos que sua participação não trará risco a sua integridade física, podendo trazer algum desconforto emocional caso venha a se lembrar de alguma situação envolvendo o atendimento em desastres. Nesse caso, me coloco a disposição por telefone ou e-mail, para ajudá-la no que for preciso. Asseguro-lhe a garantia em receber esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa no tempo que lhe parece oportuno e na liberdade de desistir, a qualquer

momento, de sua participação sem qualquer prejuízo. No caso de consentir participar desta pesquisa, lhe serão garantidas todas as informações requisitadas, bem como o sigilo de seus dados pessoais. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou pelos e-mails abaixo.

Pesquisadoras:

Dda. Me. Sandra Mara Marin (49)8833-3078; sandrapeju@hotmail.com

Prof. Dra. Regina Rigatto Witt (51) 9648-2886; regina.witt@ufrgs.br

E também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP) UFRGS para qualquer esclarecimento necessário, através do Fone:(51) 3308-3738.

CAAE- 51552515.0.0000.5347- PARECER APROVADO COMITÉ ÉTICA

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima e concordo em participar desta voluntariamente.

_____, ____ de _____ de 2016

Assinatura: _____

Nota: Esse documento será assinado e rubricado em duas vias, ficando uma de posse das pesquisadoras e outra, do (a) participante da pesquisa. Poderá ser enviar escaneado.

Desde já agradecemos a sua participação

Assinatura das Pesquisadoras:

Mestre Enf. Sandra Mara Marin

COREN/SC 75400

sandrapeju@hotmail.com

Dra. Regina Rigatto Witt

COREN/RS

regina.witt@ufrgs.br

*Elaborado conforme orientações contidas na Resolução CNS 466/2012

APENDICE-

APÊNDICE E - AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS POR JUÍZES

Para Juizes, primeira Rodada.

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM SITUAÇÃO DE DESASTRES

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

As informações fornecidas na pesquisa são totalmente anônimas e voluntárias suas respostas não serão associadas com você.

1) Sexo: a- () masculino b- () feminino

2) Data Nascimento:

3) Experiência profissional: a- () assistência b- () docência c- () assistência e docência

4) Tempo de experiência na assistência (em anos):

5) Tempo de experiência na docência (em anos):

6) Local de trabalho (vinculo atual).

a- () Unidade básica de saúde

b- () Emergência Hospitalar

c- () SAMU

d- () Universidade

e- () outro _____

7) Maior titulação acadêmica:

a- () Doutorado – Tema da tese: _____

b- () Pós- doutorado

8. Em qual região do Brasil você reside atualmente?

a- () Norte

b- () Nordeste

c- () Centro- Oeste

d- () Sudeste

e- () Sul

9. É um membro de um grupo de preparação e resposta em desastres organizada.

a) () sim Qual _____

b) () não

10- Você já atuou em situação de desastres?

a- () Sim- Qual _____

b- () Não

11- Você recebeu capacitação sobre atendimento em Emergência e Desastres

a- () Sim - () no local trabalho () na Força Nacional do SUS ()
outro _____

b- () Não

PARTE II- JULGAMENTO DE EXPERTS PARA VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS EM DESASTRES

INSTRUÇÕES: Leia minuciosamente as competências. Em seguida analise o instrumento marcando um X em um dos números que estão na frente de cada requisito

Para determinar a validade de conteúdo do instrumento, os itens propostos serão submetidos à análise semântica, que consiste no julgamento dos itens

Exequibilidade (a medida é aplicável);

Objetividade (resposta pontual);

Simplicidade (única ideia, sem outras interpretações);

Clareza (inteligível, com expressões simples e inequívocas);

Pertinência (não insinua atributo diferente do definido);

Precisão (cada questão é distinta das demais e mede o que se propõe medir)

Instrumento composto de 51 competências, divididas em 4 áreas de domínio da fase resposta na gestão de desastres

1- Cuidados a Comunidade (11 questões),

2- Cuidados de Indivíduos e Famílias, Avaliação e Implementação (25 questões),

3- Atendimento Psicológico (9 questões)

4- Cuidados de Populações Vulneráveis (6 questões).

VALORES: 1- inadequada,
 2- parcialmente adequada,
 3- adequada
 4- totalmente adequada

APÊNDICE F - ANÁLISE DA PRIMEIRA RODADA

Análise da Etapas: I- VERIFICAÇÃO DE VALIDADE DE CONTEÚDO E APARÊNCIA

Tabela 1 – ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC)

Questões	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
A) CUIDADOS COM A COMUNIDADE						
1- Descreve as fases de resposta da comunidade aos desastres e suas implicações para as intervenções de enfermagem.	87,5%	75%	62,5%	62,5%	75%	62,5%
2- Coleta dados sobre lesões e doenças conforme necessário.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
3- Avalia as necessidades de saúde e recursos disponíveis na área afetada pelo desastre para atender as necessidades básicas da população.	87,5%	100%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
4- Colabora com a equipe de resposta a desastres para reduzir os perigos e riscos nas áreas afetadas pelos desastres.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5-Compreende como priorizar o cuidado e gerenciar múltiplas situações.	87,5%	87,5%	100%	87,5%	87,5%	87,5%
6-Participa de estratégias de prevenção, como em atividades de vacinação em massa.	100%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
7-Colabora com organizações de ajuda humanitária para atender às necessidades básicas da comunidade (por exemplo, abrigo, comida, água, cuidados de saúde)	100%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
8-Oferece educação na comunidade sobre implicações do desastre na saúde.	87,5%	87,5%	87,5%	75%	87,5%	75%
9-Avalia o impacto das intervenções de enfermagem em diferentes populações e culturas e usa os resultados da avaliação para tomar decisões baseadas em evidências.	75%	75%	87,5%	87,5%	75%	75%
10-Gerencia recursos e suprimentos necessários à prestação de cuidados na comunidade.	75%	75%	62,5%	100%	100%	87,5%
11-Participa efetivamente de uma equipe multidisciplinar.	100%	100%	87,5%	100%	100%	100%
B) CUIDADOS DO INDIVÍDUO E FAMÍLIA						
B.1) AVALIAÇÃO						
1- Executa uma avaliação rápida da situação de desastre e das necessidades de cuidados de enfermagem.	87,5%	75%	75%	75%	75%	75%
2-Identifica uma história de saúde e avaliação adequadas que incluem respostas físicas e psicológicas aos desastres.	100%	87,5%	87,5%	75%	87,5%	87,5%
3-Reconhece sintomas de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
4-Descreve os sinais e sintomas de exposição a agentes químicos, biológicos, radiológicos nucleares e explosivos.	62,5%	62,5%	62,5%	87,5%	87,5%	62,5%
5-Identifica padrões alterados ou grupo de doenças e lesões que podem indicar a exposição a substâncias biológicas ou outros, associados aos desastres.	87,5%	75%	75%	75%	75%	75%
6-Determina necessidade de descontaminação, isolamento ou quarentena e toma as medidas apropriadas.	75%	75%	75%	87,5%	87,5%	75%
7-Reconhece necessidades de saúde e de saúde mental dos prestadores de cuidados e faz encaminhamentos adequados.	87,5%	100%	87,5%	100%	100%	100%
B.2) IMPLEMENTAÇÃO						
1-Implementa intervenções de enfermagem adequadas, incluindo atendimento de emergência e trauma de acordo com princípios científicos aceitos	75%	87,5%	87,5%	75%	75%	75%

2-Aplica o pensamento crítico, flexível e criativo para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem para atender necessidades de cuidados identificadas e antecipadas decorrentes do desastre.	87,5%	87,5%	87,5%	75%	87,5%	87,5%
3-Aplica princípios de triagem aceitos quando estabelece os cuidados com baseados em situações de desastre e recursos disponíveis.	87,5%	100%	87,5%	87,5%	87,5%	100%
4-Adapta padrões de prática de enfermagem, conforme necessário, com base em recursos disponíveis e as necessidades de cuidado do paciente	87,5%	100%	87,5%	100%	100%	100%
5-Cria um ambiente seguro para assistência ao paciente	87,5%	87,5%	100%	100%	100%	100%
6-Prepara os pacientes para o transporte e executa com segurança	100%	100%	100%	100%	100%	87,5%
7-Administra medicamentos, vacinas e imunizações com segurança.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8-Implementa princípios de controle de infecções e barreiras para evitar a propagação de doenças.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9-Avalia os resultados das ações de enfermagem e revisa o cuidado, conforme necessário.	87,5%	75%	75%	75%	75%	75%
10-Provê cuidados sem julgamentos morais.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11-Mantém a segurança pessoal e a segurança de outras pessoas na cena de um desastre.	87,5%	100%	100%	100%	100%	100%
12-Documenta o cuidado de acordo com os procedimentos de desastre.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
13-Provê cuidados de uma forma que respeite a diversidade dos antecedentes culturais, sociais e espirituais dos indivíduos.	87,5%	87,5%	75%	87,5%	87,5%	75%
14-Gerencia os cuidados dos óbitos de uma maneira que respeite as crenças culturais, sociais e espirituais da população como a situação permite.	87,5%	87,5%	100%	87,5%	87,5%	87,5%
15-Gerencia atividades de cuidados de saúde prestada por profissionais de saúde e/ou voluntários.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16-Trabalha com indivíduos e agências adequadas para ajudar os sobreviventes a se reconectar com os membros da família e entes queridos.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17-Defende a garantia do acesso aos cuidados para sobreviventes e socorristas	80%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
18-Referencia sobrevivente para outros grupos ou agências, conforme necessário.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	75%	87,5%

C) ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

1- Descreve as fases da resposta psicológicas ao desastre e respostas comportamentais esperadas.	50%	62,5%	50%	62,5%	62,5%	62,5%
2- Compreende o impacto psicológico de desastres em adultos crianças, famílias, populações vulneráveis comunidades.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
3- Oferece apoio psicológico apropriado para sobrevivente e prestadores de cuidados.	62,5%	75%	50%	62,5%	62,5%	62,5%
4- Usa comunicação terapêutica de forma eficaz em uma situação de desastre.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
5- Identifica respostas comportamentais de um indivíduo para o desastre e fornece intervenções apropriadas conforme necessário (por exemplos, psicológico, primeiros socorros.)	75%	75%	75%	75%	75%	75%
6- Reconhece a diferença entre resposta de adaptação para o desastre e respostas inadequadas.	87,5%	75%	87,5%	75%	87,5%	75%
7- Aplica intervenções de saúde mentais adequadas e inicia encaminhamentos necessários.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
8- Identifica estratégias de enfrentamento adequadas para sobreviventes, familiares prestadores de cuidados.	75%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
9- Identifica sobreviventes e socorristas que requerem apoio de enfermagem em saúde mental adicional e encaminha a recursos apropriados.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%

D) CUIDADOS DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

1-Descreve as populações vulneráveis em risco como resultado de um desastre e Identifica implicações para a enfermagem, incluindo respostas físicas e psicológicas de populações vulneráveis para o desastre; e necessidades únicas e riscos elevados de populações vulneráveis associados ao desastre.	87,5%	87,5%	100%	87,5%	87,5%	87,5%
2-Cria ambientes de vida que permitem que as populações vulneráveis possam funcionar de forma independente quando possível.	50%	62,5%	62,5%	62,5%	75%	62,5%
3-Defende as necessidades das populações vulneráveis.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	75%	87,5%
4-Identifica recursos disponíveis, faz encaminhamentos adequados e colabora com organizações, auxiliando populações vulneráveis a atender às necessidades de recursos.	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%	87,5%
5-Implementa o cuidado de enfermagem que reflita as necessidades das populações vulneráveis afetadas por um desastre.	75%	87,5%	87,5%	87,5%	75%	75%
6-Consulta com os membros da equipe de saúde para assegurar a continuidade do cuidado no atendimento das necessidades de cuidados especiais.	87,5%	75%	75%	75%	87,5%	87,5%

ÍNDICE DE FIDEDIGNIDADE OU CONCORDÂNCIA INTER AVALIADORES (IRA)

O Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA) é destinada a avaliar extensão em que os juízes são confiáveis nas avaliações dos itens ante o contexto estudado e ocorre a partir da divisão dos itens que obtiverem acima de 80% (0,8) de concordância entre os avaliadores, pelo total de itens do instrumento pelo total de itens de cada dimensão (RUBIO, et al., 2003).

Tabela 2 – Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA)

Questões	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
1) Cuidados com a comunidade	81,8%	72,7%	81,8%	81,8%	81,8%	72,7%
2) Cuidados do indivíduo e família	72%	80%	80%	76%	80%	76%
2.1) Avaliação	42,8%	42,8%	42,8%	57,1%	71,4%	42,8%
2.2) Implementação	83,3%	94,4%	94,4%	83,3%	83,3%	88,8%
3) Atendimento Psicológico	55,6%	55,6%	66,7%	55,6%	66,7%	55,6%
4) Cuidados de populações vulneráveis	66,7%	66,7%	66,7%	66,7%	50,0%	66,7%

Tabela 3 – Avaliação dos quesitos nos 4 domínios

Questões	Apresentação	Clareza das afirmações	Facilidade na leitura	Interpretação	Total
1) Cuidados com a comunidade	87,5%	87,5%	100%	87,5%	100%
2) Cuidados do indivíduo e família	75%	75%	100%	87,5%	100%
3) Atendimento Psicológico	87,5%	87,5%	100%	50%	75%
4) Cuidados de populações vulneráveis	100%	100%	100%	87,5%	100%

APÊNDICE G - ANÁLISE DA SEGUNDA RODADA

Tabela 1 – INDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC)

Questões	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
A. Cuidados com a comunidade						
1- Descreve as fases de resposta da comunidade aos desastres e suas implicações para as intervenções de enfermagem.	100%	87,5%	100%	87,5%	100%	100%
8-Oferece serviços de educação a comunidade sobre as implicações do desastre na saúde.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9-Avalia o impacto das intervenções de enfermagem em diferentes populações e culturas e usa os resultados das avaliações para tomada de decisões baseadas em evidências.	75%	87,5%	87,5%	75%	75%	87,5%
10-Gerencia recursos e suprimentos necessários à prestação de cuidados na comunidade.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B. Cuidados do indivíduo e família						
B.1) Avaliação						
1- Executa rápida avaliação da situação de desastre e das necessidades de cuidados de enfermagem.	100%	87,5%	100%	100%	100%	100%
2-Identifica a história de saúde e realiza avaliações adequadas que incluem respostas físicas e psicológicas aos desastres.	75%	75%	87,5%	50%	75%	87,5%
3- Identifica sinais e sintomas alterados de doenças transmissíveis e toma medidas para reduzir a exposição aos sobreviventes.	87,5%	75%	75%	75%	100%	75%
4-Descreve os sinais e sintomas de exposição a agentes químicos, biológicos, radiológicos nucleares e explosivos.	87,5%	100%	100%	87,5%	100%	100%
5- Identifica padrões alterados ou grupo de doenças e lesões que podem indicar a exposição a substâncias biológicas ou outros, associados aos desastres.	87,5%	75%	75%	75%	100%	75%
6- Determina necessidade de descontaminação, isolamento ou quarentena em situações de desastres biológicos.	82%	100%	100%	87,5%	100%	85%
B.2) Implementação						
1-Conhece os protocolos de atendimento de emergência em trauma.	82,5%	87,5%	87,5%	85%	100%	80%
2-Aplica as ações baseadas em evidências para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem que minimizem a resposta aos desastres.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3-Aplica princípios da classificação de risco, quando os recursos disponíveis não contemplam as necessidades de prestação cuidados de todas as vítimas dos desastres.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4-Adapta padrões de prática de enfermagem, promovendo a educação permanente, conforme necessário, com base em recursos disponíveis, para atender as necessidades de cuidado do paciente						
9-Avalia os resultados das ações dos cuidados de enfermagem prestados para mudança de conduta caso necessário.	100%	100%	100%	87,5%	100%	100%
18-Encaminha sobreviventes para outros serviços de atendimentos, conforme necessidades.	100%	100%	87,5%	100%	87,5%	85%
C) Atendimento Psicológico						
1- Conhece as reações psicológicas e comportamentais que são esperadas pós desastres.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5-Encaminha adequadamente as vítimas com reações psicológicas e comportamentais pós desastres para serviços conforme necessidades.	87,5%	100%	100%	87,5%	100%	87,5%
6- Reconhece a diferença entre resposta de adaptação e respostas inadaptáveis pós desastres.	87,5%	100%	100%	100%	100%	100%
8- Conhece estratégias de enfrentamento (resiliência) na prestação de cuidados aos sobreviventes e familiares.	100%	100%	62,5%	62,5%	100%	75%

C) Cuidados de populações vulneráveis

3-Defende as necessidades das populações vulneráveis	75%	62,5%	75%	75%	75%	75%
5-Implementa o cuidado de enfermagem que reflita as necessidades das populações vulneráveis afetadas por um desastre.	75%	87,5%	87,5%	75%	87,5%	62,5%
6-Discute com os membros da equipe de saúde, cuidados especiais e a continuidade do atendimento as populações vulneráveis.	87,5%	87,5%	75%	62,5%	75%	87,5%

Tabela 2 – Índice de Fidedignidade ou concordância Inter Avaliadores (IRA)

Questões	Exequibilidade	Objetividade	Simplicidade	Clareza	Pertinência	Precisão
1) Cuidados com a comunidade	100%	100%	100%	100%	90,9%	100%
2) Cuidados do indivíduo e família	86,9%	91,3%	95,7%	86,9%	95,7%	82,6%
3) Atendimento Psicológico	100%	100%	87,5%	87,5%	100%	87,5%
4) Cuidados de populações vulneráveis	75%	100%	100%	75%	100%	75%

Tabela 3 – Avaliação dos quesitos nos 2 domínios

Questões	Apresentação	Clareza das afirmações	Facilidade na leitura	Interpretação	Total
2) Cuidados do indivíduo e família	100%	100%	100%	100%	87,5%
3) Atendimento Psicológico	100%	100%	100%	100%	100%

APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

“Instrumento Marin, Avaliação de Competências do Enfermeiro para Resposta em Desastres”

As informações fornecida na pesquisa são totalmente anônimas e voluntárias suas respostas não serão associadas com você.

Caracterização

1) **Sexo:** a- () masculino b- () feminino

2) **Data Nascimento:**

3) **Experiência profissional:** a- () assistência b- () docência c- () assistência e docência

4) **Tempo de experiência na assistência (em anos):**

5) **Tempo de experiência na docência (em anos):**

6) **Local de trabalho (vínculo atual).**

a- () Unidade básica de saúde

b- () Emergência Hospitalar

c- () SAMU

d- () Universidade

e- () outro _____

7) **Maior titulação Acadêmica:**

a- () Graduação

b- () Especialista- Tema da monografia _____

c- () Mestrado – Tema da dissertação _____

d- () Doutorado – Tema da tese: _____

8. **Em qual região dos país você reside atual?**

a- () Norte

b- () Nordeste

c- () Centro- Oeste

d- () Sudeste

e- () Sul

9. **Você já atuou em desastres?**

a- () Sim- Qual? _____

b- () Não

10. **Você recebeu capacitação sobre atendimento em Emergência e Desastres**

a- () Sim - () no local trabalho () na Força Nacional do SUS

() outro _____

b- () Não

11. **Para atuar nos serviços de atendimento a desastres você se considera:**

a- () Leigo

c- () Aprendiz

e- () Proficiente

b- () Novato

d- () Competente

INSTRUÇÕES:

Este instrumento foi desenvolvido para a avaliação das competências do enfermeiro para atuação em desastres.

Está organizado utilizando a fase de RESPOSTA, que é uma das fases gerencias em desastres (ICN/WHO, 2009).

Para sua aplicação deve ser utilizada a seguinte escala de níveis de competência.

NÍVEIS DE COMPETÊNCIA

0	LEIGO: você não possui nenhum conhecimento ou experiência para a competência descrita;
1	NOVATO: você possui algum conhecimento, mas não possui experiência para a competência descrita;
2	APRENDIZ: você possui algum conhecimento e alguma experiência para a competência descrita;
3	COMPETENTE: você possui o conhecimento necessário e também experiência prática para a competência descrita;
4	PROFICIENTE: Você possui extenso conhecimento e ampla experiência diretamente relacionada à competência descrita.

Fonte: Adaptado de: HEALTH CANADA. Self-Assessment Tool for Community Health Nurses Working with First Nations and Inuit Health Branch. Ottawa, 2001.
Disponível em:
<http://publications.gc.ca/site/eng/97752/publication.html>.

COMPETÊNCIAS POR ÁREAS DE DOMÍNIO	NÍVEL DE COMPETÊNCIA
COMPETÊNCIAS DE RESPOSTA	
1- CUIDADO DE COMUNIDADES	
01- Descreve as fases da resposta da comunidade ao desastre e as implicações para as intervenções de enfermagem.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
02- Coleta dados sobre lesões e doenças, decorrentes de desastres conforme necessário.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
03- Avalia as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na área afetada pelo desastre para atender às necessidades básicas da população.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
04- Colabora com a equipe de resposta a desastres para reduzir os perigos e riscos na área afetada pelo desastre.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
05- Compreende como priorizar o cuidado e gerenciar múltiplas situações.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>

06- Participa de estratégias de prevenção, como em atividades de vacinação em massa.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
07- Colabora com organizações de ajuda humanitária para atender às necessidades básicas da comunidade (por exemplo, abrigo, comida, água, cuidados de saúde).	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
08- Oferece serviços de educação na comunidade sobre implicações dos desastres na saúde.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
09- Gerencia recursos e suprimentos necessários à prestação de cuidados na comunidade.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
10- Participa efetivamente de uma equipe multidisciplinar.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
2- CUIDADOS DE INDIVÍDUOS E FAMÍLIAS	
2.1 Avaliação	
11- Executa rápida avaliação da situação de desastre e das necessidades de cuidados de enfermagem.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
12- Descreve os sinais e sintomas de exposição a agentes químicos, biológicos, radiológicos, nucleares e explosivos.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
13- Determina necessidade de descontaminação, isolamento ou quarentena em situações de desastres biológicos.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
14- Reconhece necessidades de saúde e de saúde mental dos prestadores de cuidados e faz encaminhamentos adequados.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
2.2. IMPLEMENTAÇÃO	
15- Conhece os protocolos de atendimento de emergência em trauma.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
16- Aplica ações baseadas em evidências para criar soluções na prestação de cuidados de enfermagem que minimizem a resposta aos desastres.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
17- Aplica princípios da classificação de risco, quando os recursos disponíveis não contemplam as necessidades de prestação cuidados de todas as vítimas dos desastres.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
18- Adapta padrões de prática de enfermagem, conforme necessário, com base em recursos disponíveis e as necessidades de cuidado do paciente.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
19- Cria um ambiente seguro de assistência ao paciente.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>

20- Prepara os pacientes para o transporte e executa com a segurança.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
21- Administra medicamentos, vacinas e imunizações com segurança.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) ompetente (3) Proficiente (4)</i>
22- Implementa princípios de controle de infecção e barreiras para evitar a propagação de doenças.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
23- Avalia os resultados das ações dos cuidados de enfermagem e revisa o cuidado, conforme necessário.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
24- Provê cuidados sem julgamentos morais.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
25- Mantém a segurança pessoal e a segurança de outras pessoas na cena de um desastre.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
26- Documenta o cuidado de enfermagem de acordo com os procedimentos de desastre.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
27- Provê cuidados de uma forma que respeite a diversidade dos antecedentes culturais, sociais e espirituais dos indivíduos.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
28- Gerencia os cuidados dos óbitos de uma maneira que respeite as crenças culturais, sociais e espirituais da população como a situação permite.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
29- Gerencia atividades de cuidados de saúde prestada por profissionais de saúde e/ou voluntários.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
30- Trabalha com indivíduos e agências adequadas para ajudar os sobreviventes a se reconectar com os membros da família e entes queridos.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
31- Defende a garantia do acesso aos cuidados para sobreviventes e socorristas.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
32- Encaminha sobreviventes para outros serviços de atendimento conforme necessário.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
3- ATENDIMENTO PSICOLÓGICO	
33- Conhece as reações psicológica e comportamentais que são esperadas pós desastres.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
34- Compreende o impacto psicológico de desastres em adultos, crianças, famílias, populações vulneráveis e comunidades.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>

35- Usa comunicação terapêutica de forma eficaz em uma situação de desastre.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
36- Encaminha adequadamente as vítimas com reações psicológicas e comportamentais pós desastres para serviços conforme necessidades.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
37- Reconhece a diferença entre respostas de adaptação para o desastre e respostas inadequadas pós desastres.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
38- Aplica intervenções de saúde mentais adequadas e inicia encaminhamentos necessários.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
39- Identifica sobreviventes e socorristas que requerem apoio de enfermagem em saúde mental adicional e encaminha a recursos apropriados.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
4- Cuidados de Populações Vulneráveis (Populações com Necessidades Especiais)	
40- Descreve as populações vulneráveis em risco como resultado de um desastre e Identifica implicações para a enfermagem, incluindo respostas físicas e psicológicas de populações vulneráveis para o desastre; e necessidades únicas e riscos elevados de populações vulneráveis associados ao desastre.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>
41- Identifica recursos disponíveis, faz encaminhamentos adequados e colabora com organizações, auxiliando populações vulneráveis a atender às necessidades de recursos.	<i>Leigo (0) Novato (1) Aprendiz (2) Competente (3) Proficiente (4)</i>

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO SAMU RS




ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E OUVIDORIA- NEPO


FORMULÁRIO 3. TERMO DE CIÊNCIA DA DIREÇÃO DO DRE

Elisabeth Loguercio Collares, diretora do DRE/SES/RS, juntamente com a coordenação do NEPO/DRE/RS e da coordenação de enfermagem do SAMU/RS, pelo presente termo, declara que conhecem o projeto de pesquisa intitulado: Competências dos Enfermeiros para Atuação em Desastres: Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação desenvolvido por Me. Sandra Mara Marin e orientada pela Dr^a Regina Rigatto Witt, Instituição Proponente Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, seus objetivos e a metodologia que está sendo desenvolvida. A Comissão Científica e o Comitê de Ética da UFRGS já avaliou e aprovou o projeto (CAAE: 51552515.0.0000.5347). A pesquisadora assinou o TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS DADOS.

Porto Alegre, 16 de maio de 2017.


Suzana Chotgues Boklis
Núcleo de Educação
Permanente e Ouvidoria


Silvana Tozzo Ritta
Coordenadora de Enfermagem
SAMU/RS


Elisabeth Loguercio Collares
Diretora do Departamento
de Regulação Estadual/RS

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO SAMU SC



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
Gerência do SAMU

AUTORIZAÇÃO

A Gerência Estadual do SAMU, autoriza a parceria com a Instituição de Ensino UFRGS – Universidade Federal do Rio grande do Sul, objetivando campo de pesquisa ao aluno do curso de Enfermagem da referida instituição, para realização do projeto de pesquisa intitulado: **COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS PARA ATUAÇÃO EM DESASTRES: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**, conforme documentação e plano de atividades já aprovados pelo Setor de Educação Permanente da SPD-M-PAIS.M-PAIS.

Florianópolis 23, de setembro de 2016.


Cesar Augusto Karczaguin
Gerente Estadual do SAMU SC